Garantir l'accès:

un défi d'équité, d'efficience et de qualité

Document de consultation

Québec

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique.
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Bibliothèque nationale du Canada, 2006
ISBN 2-550-46410-9 (version imprimée)
ISBN 2-550-46411-7 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

Garantir l'accès:

un défi d'équité, d'efficience et de qualité

Document de consultation

Février 2006

Québec

2007-02377/

MESSAGE DU PREMIER MINISTRE

Notre gouvernement a placé la santé au sommet de ses priorités. Nous avons été élus avec la détermination de remettre sur pied ce système fondateur du Québec moderne qui était plongé dans une crise sans précédent.

Rappelons-nous la situation qui prévalait il y a trois ans. L'engorgement était tel qu'un bandeau, détaillant le nombre de personnes sur civière dans les salles d'urgence, défilait régulièrement pendant les bulletins de nouvelles télévisés; des centaines de Québécois atteints de cancer devaient aller se faire soigner aux États-Unis; les listes d'attente pour des rendez-vous avec des spécialistes ou pour des opérations s'étendaient loin au-delà des délais médicalement acceptables...

Nous avons inversé cette tendance. Aujourd'hui, notre système de santé est sur la voie du rétablissement. Nous sommes parvenus à retourner la situation en agissant sur tous les tableaux. Nous avons réinvesti de façon importante, mais nous avons aussi changé l'organisation du travail, reconfiguré le réseau, simplifié la gestion. Nous avons aussi augmenté les admissions dans les facultés de médecine et les inscriptions en sciences infirmières afin d'endiguer à moyen terme les pénuries de ressources humaines.

Des progrès tangibles

Bref, nous nous sommes engagés dans un vaste effort de redéploiement de notre système de santé. Les progrès enregistrés sont tangibles. Ils sont d'ailleurs confirmés par des sources extérieures. L'Institut Fraser établissait en 2005 que c'était au Québec que le délai d'obtention d'un rendez-vous avec un médecin spécialiste était le plus court au Canada. Statistique Canada évaluait pour sa part que le délai moyen d'attente pour une opération non urgente au Québec était passé de neuf semaines à quatre semaines en deux ans, rejoignant ainsi la moyenne canadienne.

Nous sommes sur la bonne voie. Le crédit de ces progrès revient au personnel de nos établissements de santé et de services sociaux, à nos médecins, à nos infirmières, à tous ces professionnels, techniciens, employés de soutien et gestionnaires qui ont su relayer la volonté gouvernementale et s'investir avec dévouement et compétence dans un changement constructif. Je les remercie au nom de tous les Québécois.

Toutefois, ce serait une erreur de trouver dans ces améliorations un prétexte au repos. Des pressions importantes continuent de s'exercer sur notre système de santé. Le vieillissement de la population annonce une croissance soutenue de la demande de soins et de services. Ce même phénomène rend toujours problématique le financement à long terme de ce système qui absorbe déjà plus de 40 % des dépenses de programmes du gouvernement.

Un travail qui doit se poursuivre

Notre travail n'est donc pas terminé. Au cours des derniers mois, trois événements sont venus nourrir la réflexion du gouvernement sur la suite à donner à cette remise à neuf de notre système de santé:

- Le rapport Ménard est venu détailler l'enjeu particulier du financement à long terme du système et a proposé des pistes de solution.
- Le rapport Perrault est venu insister sur l'importance de la prévention à l'heure où notre mode de vie fait surgir de nouvelles réalités préoccupantes en matière de santé publique, comme l'obésité ou le diabète dont l'incidence augmente même chez les jeunes.
- La Cour suprême du Canada, dans ce qu'il est convenu d'appeler l'arrêt Chaoulli, a statué au mois de juin 2005 que l'interdiction de souscrire à des assurances privées pour obtenir des services couverts par le régime public contrevenait à la Charte québécoise des droits et libertés.

L'arrêt Chaoulli

Cette décision de la Cour suprême du Canada a fait grand bruit, des voix s'élevant aussitôt pour demander au gouvernement d'invoquer la clause dérogatoire, prévue à la Constitution canadienne, pour se soustraire à cette décision qui semble heurter des principes fondamentaux de notre système de santé.

Nous avons refusé d'agir ainsi. Le gouvernement du Québec a invoqué la clause dérogatoire par le passé pour protéger sa langue, pour affirmer l'unicité du peuple du Québec, pour proclamer notre identité. Ce n'est pas dans cet univers qu'intervient l'arrêt Chaoulli. Cette décision de la Cour suprême intervient dans la relation entre les

citoyens et un service public. Ce n'est pas notre identité qui est en jeu ici, mais notre mission de gestionnaire du système de santé et nos obligations qui en découlent à l'égard des droits fondamentaux des Québécois. Se soustraire à cette décision aurait signifié manquer à notre devoir d'État.

Cette décision ne vient pas bouleverser l'action gouvernementale en santé. Tout au plus, elle ajoute à notre devoir de trouver réponse à un questionnement présent depuis déjà longtemps. Ce questionnement sur le rôle du privé dans notre système de santé va de pair avec les éléments de réflexion fournis dans les rapports Ménard et Perrault.

Ce document de consultation traite ainsi de ces trois aspects qui nous permettront de poursuivre le travail de rénovation de notre système de santé pour que jamais plus nous ne nous retrouvions dans une crise comme celle que nous avons connue.

Une garantie d'accès aux services couplée à une ouverture au privé

Nous invitons les groupes et les citoyens intéressés à venir alimenter la réflexion du gouvernement sur de nouvelles voies de financement de notre système de santé. Nous les invitons également à s'engager avec le gouvernement dans la recherche de stratégies efficaces de prévention des maladies. Sur ce dernier aspect, une question devrait être abordée : quelle est la responsabilité du citoyen à l'égard de sa santé? Le gouvernement peut faire la promotion de saines habitudes de vie, mais ces efforts seront vains sans un investissement actif des citoyens dans leur mieux-être.

En ce qui concerne l'arrêt Chaoulli, le gouvernement réagit à la décision de la Cour suprême en instaurant progressivement une garantie d'accès aux services dans le système public mariée à une ouverture au secteur privé dans le domaine de certaines chirurgies courantes. Ainsi, tout en permettant aux citoyens de souscrire à des assurances privées pour l'obtention de certains services, nous leur disons qu'ils seront traités dans le privé, aux frais du public, si l'attente devait se prolonger au-delà d'un délai convenu.

Cette réponse à l'arrêt Chaoulli est donc une réaffirmation de la pertinence de notre système public dans le contexte d'aujourd'hui.

Notre gouvernement a toujours affirmé son attachement inébranlable à un système de santé public à l'intérieur duquel le secteur privé pourrait jouer un rôle accru. Nous faisons un pas mesuré dans cette direction. Nous nous inscrivons ainsi dans la voie proposée par plusieurs, notamment par le rapport Clair, avec la création de cliniques privées affiliées au réseau public.

Un débat serein

Depuis notre élection, nous avons agi avec vision et détermination afin de remettre sur pied notre système de santé et de services sociaux. Nous l'avons fait en affirmant les valeurs qui sous-tendent ce système : compassion, solidarité, égalité des citoyens devant la douleur et la maladie. Nous l'avons fait également en reconnaissant de manière éclairée les pressions qui s'exercent sur ce système. Et nous avons bien fait les choses.

Aujourd'hui, nous passons à une nouvelle étape. Nous avons réparé. Nous pouvons maintenant bâtir.

Les propositions qui sont sur la table sont porteuses de solutions durables. Nous les soumettons à la discussion publique avec ouverture et avec l'espoir de voir naître un débat nuancé, étranger aux idéologies hermétiques et pleinement tourné vers la recherche de solutions dont bénéficieront tous les Québécois.

Notre système public de santé est un de nos plus précieux joyaux et la discussion qui s'amorce a pour but de lui redonner tout son lustre pour qu'il puisse pleinement participer à notre progrès dans ce siècle nouveau.

Le premier ministre,

Jean Charest

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Depuis le printemps 2003, notre gouvernement a agi sur plusieurs fronts afin d'améliorer la capacité de notre système de santé et de services sociaux à répondre aux besoins des Québécois.

Les crédits du ministère de la Santé et des Services sociaux ont été majorés de 3 milliards de dollars, pour atteindre près de 21 milliards, ce qui représente 43 % du total des dépenses de programme du gouvernement. Globalement, cette mission essentielle de l'État s'est vue octroyer environ 60 % des nouvelles dépenses gouvernementales. C'est dire toute l'importance accordée à la santé par notre gouvernement.

Une action tous azimuts

Au-delà de l'accroissement de l'investissement public, nous nous sommes employés avec force à améliorer le fonctionnement du réseau. Nous avons réorganisé le travail dans nos établissements afin qu'un maximum de ressources soient consacrées aux services aux citoyens; nous avons réuni les établissements en réseau afin d'améliorer la prise en charge des patients et de mieux coordonner les diverses interventions. Nous avons amélioré l'offre de service, notamment avec la mise en place de nouveaux groupes de médecine de famille et de cliniques-réseau. Nous avons augmenté les inscriptions en médecine et en sciences infirmières et nous avons mis en place l'unité Recrutement Santé Québec afin de résorber, à moyen terme, les problèmes de pénurie d'effectifs dans le réseau. Grâce à une gestion plus serrée des plans d'effectifs médicaux, la répartition des médecins sur le territoire québécois devient plus équitable.

Nous avons aussi consacré des efforts importants afin d'améliorer la santé et la qualité de vie des Québécois. Nous avons ainsi renforcé la Loi sur le tabac, rétabli la gratuité des médicaments pour les personnes âgées les plus démunies, améliore le soutien aux aidants naturels et lancé une vaste offensive faisant la promotion de saines habitudes de vie. Deux nouveaux vaccins ont été introduits au calendrier d'immunisation de nos enfants.

Notre action s'est aussi prolongée dans la présentation d'un projet de loi sur la protection de la jeunesse et dans la publication de deux plans d'action majeurs en matière de santé mentale et d'aide aux aînés en perte d'autonomie.

Nous avons par ailleurs lancé le plus important projet de développement et de modernisation en santé au Canada en donnant le feu vert à la réalisation du nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du nouveau Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du projet *Grandir en santé* du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

En intervenant dans tous les aspects de notre mission, nous avons inversé la tendance en santé. Aujourd'hui, nous voyons des signes tangibles et mesurables d'amélioration de la situation. L'engorgement chronique des urgences est en baisse. Le nombre de chirurgies est en hausse. Plus aucun Québécois atteint de cancer du sein ou de la prostate n'est contraint d'être traité aux États-Unis, car toutes et tous sont maintenant traités à l'intérieur d'un délai de huit semaines. Les listes d'attente en chirurgie et cathétérisme cardiaque ont également diminué de façon significative.

En plus d'améliorations dans les services de première ligne, comme la forte progression du nombre de personnes âgées qui bénéficient de soins à domicile, nous travaillons également à renforcer l'accès aux services diagnostiques. Ainsi, alors que le déploiement des technologies se poursuit avec l'ajout d'appareils de résonance magnétique et de tomodensitomètres (scan), le Québec maintient et accentue sa position de leader canadien dans le domaine de la tomographie par émission de positrons (TEP scan).

Après le rattrapage : un renouveau

Ces progrès démontrent la pertinence de notre vision et révèlent de façon puissante le dévouement et la compétence de tous les artisans du réseau de la santé et des services sociaux qui se sont engagés avec cœur et courage dans une évolution de nos manières de faire. Notre défi, maintenant, c'est de continuer sur cette lancée. C'est d'oser aller plus loin. Nous avons accompli un rattrapage. Nous sommes maintenant conviés à un renouveau.

Après près de trois ans d'action soutenue, nous voulons prendre le temps de nous asseoir avec la population du Québec pour mesurer le chemin parcouru et actualiser nos cibles, en droite ligne avec notre engagement à l'égard d'un système public à l'intérieur duquel le secteur privé peut jouer un rôle.

Au cours des derniers mois, certains faits nouveaux ont émergé et doivent aujourd'hui participer à notre réflexion.

- En novembre 2004, des leaders de tous les horizons de la société québécoise, réunis lors du Forum des générations, reconnaissaient deux défis incontournables auxquels nous faisons face comme société : les changements démographiques et la situation de nos finances publiques. Ces deux défis ont un impact direct sur le système de santé et de services sociaux. Ils doivent être en trame de fond de nos décisions.
- En juin 2005, la Cour suprême du Canada, dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis initiée en 1997, est venue enjoindre le gouvernement du Québec de lever l'interdiction légale de souscrire à une assurance privée pour obtenir des soins assurés par le secteur public, tout en maintenant les acquis de notre système de santé. Nous devons répondre à ce jugement ; nous y voyons une occasion de réflexion et d'évolution.
- En juillet 2005, dans la foulée du Forum des générations, le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, présidé par monsieur L. Jacques Ménard, présentait un rapport sur le défi particulier du financement à long terme de notre système de santé, dont la croissance des coûts est amplifiée par le vieillissement de la population. Il faut nous pencher sur la question du financement à long terme de nos services.
- En septembre 2005, l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, formée à la suite du Forum des générations et présidée par monsieur Jean Perrault, sonnait l'alarme sur l'obésité chez nos jeunes et insistait sur l'importance de la prévention comme moyen d'améliorer la qualité de vie des citoyens et de mieux contrôler les coûts de la santé. Nous avons déjà remis la prévention à l'ordre du jour, le temps est venu d'aller encore plus loin.

Si le jugement rendu dans l'affaire Chaoulli a suscité un certain émoi, il nous apparaît plus raisonnable de le situer dans la poursuite et dans l'actualisation d'une réflexion globale sur notre système de santé et de services sociaux et sur le rôle que peut y jouer le secteur privé comme un des éléments de son adaptation à nos défis. Nous réitérons cependant notre engagement à maintenir un système public fort, dans le maintien des valeurs et des acquis qui le caractérisent, tout en permettant au secteur privé d'y jouer un rôle.

Ce document de consultation est donc à la fois un rapport d'étape et une mise à niveau de notre stratégie visant à ramener le système de santé québécois dans le peloton de tête des meilleurs au monde.

Dans ce dialogue avec les Québécois, nous avons la responsabilité commune de nourrir un débat serein. Nous avons aussi le devoir partagé de nous ouvrir à la remise en question. Les progrès que nous avons réalisés, dans le respect des principes d'accessibilité et d'universalité de notre système public, doivent nous inspirer. Ils nous démontrent que nous pouvons changer les choses et améliorer le système de santé et de services sociaux sur la base des valeurs auxquelles nous croyons profondément.

C'est justement ces valeurs de justice sociale et d'équité qui doivent guider le débat dans lequel nous sommes engagés. À travers cette étape cruciale de discussion ouverte et de recherche de solutions, le gouvernement du Québec poursuit deux objectifs :

- préserver et améliorer notre système public et universel de santé et de services sociaux afin qu'il soit parmi les meilleurs au monde ;
- et, dans cette perspective, répondre au jugement de la Cour suprême.

Précisons d'emblée qu'il ne saurait y avoir de solution qui ferait passer le second objectif devant le premier. En fait, s'il est une règle qui doit encadrer le débat que vient soutenir le présent document de consultation, c'est la subordination du second objectif au premier.

Car s'il est vrai que nous répondrons au jugement de la Cour suprême, nous le ferons dans une optique de pérennité de ce réseau public et universel si cher aux Québécois.

Ce que nous proposons, c'est d'affirmer nos principes tout en adaptant nos pratiques.

Grâce à la tenue de ce débat, nous comptons avancer ensemble avec le souci d'offrir les meilleurs services de santé en utilisant le mieux possible l'ensemble des ressources disponibles au profit de la génération actuelle, mais également des générations montantes.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Philippe Couillard

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DU PREMIER MINISTRE 2

MESSAGE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 4

INTRODUCTION 8

1. LA PRÉVENTION COMME FACTEUR D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ 11
   - 1.1. Un portrait de santé qui s'améliore au fil des ans grâce à la prévention 11
   - 1.2. Les enjeux auxquels le système de santé et de services sociaux doit faire face 12
   - 1.3. Accentuer les efforts en prévention 13
     - 1.3.1. Pour les jeunes 13
     - 1.3.2. Pour l'ensemble de la population 14

2. L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DES SERVICES 17
   - 2.1. Se donner une assise solide : la consolidation des services de première ligne 18
   - 2.2. Mettre à profit toutes les compétences : le partage optimal des tâches 18
   - 2.3. Toujours mieux intervenir : adapter les modes de prestation de services 19
     - 2.3.1. Les services aux personnes ayant une incapacité permanente 19
       - 2.3.1.1 Le contexte 19
       - 2.3.1.2 La clef : diversifier les milieux d'hébergement 20
       - 2.3.1.3 Les services de soutien à domicile pour toutes les clientèles 21

3. LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS : COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ 23
   - 3.1. L'architecture des services médico-hospitaliers 24
   - 3.2. Les leviers pour assurer la continuité et la complémentarité des services 24
     - 3.2.1. Un déploiement rationnel des ressources 24
     - 3.2.2. Des « corridors » de services fonctionnels et efficaces 24
     - 3.2.3. Des réseaux universitaires engagés et complémentaires 25

4. L'OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES 27
   - 4.1. La sécurité des soins et services 28
   - 4.2. La lutte aux infections nosocomiales 28
   - 4.3. Les nouveaux leviers pour améliorer la qualité des services 29
     - 4.3.1. Le régime de traitement des plaintes 29
     - 4.3.2. La certification des résidences privées 30
   - 4.4. Les visites d'appréciation de la qualité 30
   - 4.5. L'agrément des établissements 31
   - 4.6. La circulation de l'information clinique 31

5. L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE 33

5.1. Les problèmes liés aux délais d'attente 34

5.2. Le contexte du jugement de la Cour suprême du Canada 35

5.3. L'évolution des attentes au regard du système public de santé 36

5.4. Les expériences canadiennes et étrangères 36

5.4.1. Le recours à l'assurance privée 36

5.4.2. Les avantages et les inconvénients de l'assurance privée duplicative 38

5.4.3. Les mécanismes d'amélioration de l'accès aux services de santé 39

5.5. Des principes à respecter 40

5.6. Les options potentielles relativement au jugement de la Cour suprême 42

5.6.1. Le statu quo en matière de financement des services de santé 42

5.6.2. Une ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé 43

5.7. L'option privilégiée par le gouvernement : un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente 45

5.7.1. Les services hospitaliers visés par la garantie d'accès aux services 45

5.7.2. Le fonctionnement général de la garantie d'accès aux services 47

5.7.2.1 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie 47

5.7.2.2 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives déterminées par règlement du ministre de la Santé et des Services sociaux 47

5.7.2.3 Une démarche évolutive 49

5.7.3. Les modalités entourant le financement privé 50

5.7.4. La gestion de l'accès aux services pour l'imagerie diagnostique 50

5.7.5. Une proposition à débattre publiquement 51

6. LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX 53

6.1. Un portrait des dépenses de santé et de leur financement 53

6.2. Des comparaisons interprovinciales 54

6.3. La santé et les services sociaux : le poste de dépenses le plus important du gouvernement 54

6.4. Des finances publiques marquées par des problèmes structurels importants 55

6.5 Une situation financière qui apparaît difficilement soutenable à long terme 57

6.6 Des avenues à explorer pour assurer la pérennité du financement du système de santé et de services sociaux 59

6.6.1 La hausse des transferts provenant du gouvernement fédéral 59

6.7 La mise en place d'un compte santé et services sociaux 60

6.8 Une mesure de financement ciblée : un régime d'assurance contre la perte d'autonomie 60

CONCLUSION 63

INTRODUCTION

Le défi de la pérennité de notre système de santé et de services sociaux en est un de taille. Ce système se trouve au point de convergence des nombreuses pressions qui s'exercent sur notre société : changements démographiques, assainissement des finances publiques, évolution technologique et pharmacologique, problèmes d'accès, rigidité des structures et des méthodes, relations entre le privé et le public, etc.

Depuis avril 2003, le gouvernement a engagé un train de changements qui ont permis de réduire de façon importante plusieurs délais et listes d'attente, de dynamiser l'organisation du réseau et de développer les services aux citoyens, notamment aux personnes âgées en perte d'autonomie. Mais nous convenons tous que nous sommes, au mieux, à mi-parcours, dans cette entreprise de renouveau de notre système de santé et de services sociaux.

Malgré les progrès réalisés, les enjeux d'accès, de qualité, d'efficience et de financement demeurent très présents. Parallèlement, différents rapports d'experts et événements sont venus alimenter le débat public sur l'évolution de notre système.

La discussion qui s'enclenche nous aidera à dégager des consensus nouveaux qui guideront des choix importants. Par cette consultation publique, nous prenons un temps d'arrêt pour partager avec le plus grand nombre possible de Québécois notre lecture des choses avant d'entamer, avec détermination, une deuxième phase de changement.

Ce document de consultation comporte six chapitres qui permettent de mesurer les progrès, dans les différentes dimensions de notre système de santé et de services sociaux, et de déterminer certaines pistes de solution qui nous permettront de continuer à progresser.

Cette consultation est ouverte à tous les citoyens ou organismes désireux d'y participer, dans le cadre d'une large discussion publique qui se tiendra au printemps 2006. Conformément aux engagements pris par notre gouvernement devant la Cour suprême, les premières mesures qui en découleront seront annoncées dès le printemps, mais on doit s'attendre à ce que les décisions qui seront prises aient des impacts à moyen et à long terme.

Les solutions dont nous voulons discuter avec les citoyens misent sur une révision de nos façons de faire et sur la mise en place de pratiques ayant déjà fait leurs preuves. Il faut s'appuyer sur les acquis de notre système et continuer les efforts déjà entrepris depuis quelques années. L'ensemble des mesures s'inscrit dans la recherche d'une plus grande efficience des ressources investies et d'une meilleure qualité de vie des citoyens.

Le gouvernement soumet trois ordres de solutions à la consultation :

- La poursuite d'orientations déjà amorcées. La consolidation des actions déjà entreprises portera plus particulièrement sur les services préventifs, les services de première ligne, les services médicaux et hospitaliers. D'autres actions visent à rehausser la qualité des services de santé et des services sociaux.
- Une proposition en réaction au jugement de la Cour suprême du Canada. Cette proposition prend la forme d'une garantie d'accès définie et encadrée pour la première fois au Canada par le gouvernement du Québec. Les paramètres en sont les suivants :
  - la préservation des valeurs soutenant notre régime public et universel ;
  - l'introduction des cliniques spécialisées affiliées, construites équipées et gérées par des partenaires privés en relation avec un centre hospitalier ou un Centre de santé et de services sociaux. Les établissements publics y achèteront des services (imagerie, chirurgies mineures) prodigués par des médecins participant au régime public, sans frais pour les utilisateurs.
  - une garantie d'accès pour certaines procédures médicales, premier pas vers une garantie plus large qui s'étendrait par la suite à d'autres interventions identifiées en partenariat par le gouvernement et la profession médicale.
  - la levée de la prohibition d'assurance privée seulement pour les procédures qui font l'objet d'une garantie d'accès visant l'ensemble de la population. La cardiologie tertiaire et le traitement du cancer demeureront, quant à eux, sujets à cette prohibition, l'accès à ces services faisant aussi l'objet d'une garantie d'accès.
  - le maintien pour les médecins de l'étanchéité entre la participation et la non participation à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

- Dans la foulée du rapport Ménard, un questionnement ouvert sur les enjeux liés au financement à plus long terme du secteur de la santé et des services sociaux, dans la perspective d'un plus vaste débat sur l'avenir de nos finances publiques.

Le gouvernement a engagé le système de santé et de services sociaux dans une dynamique de changement qui donne des résultats.

Notre système de santé et de services sociaux symbolise les valeurs de justice sociale, de compassion et de solidarité qui unissent les Québécois. Il repose sur des principes d'universalité, d'équité ainsi que sur le caractère public des services. Ces valeurs québécoises et ces principes fondamentaux ne sont pas remis en question.

La discussion qui s'amorce ne doit pas les affaiblir, mais les renforcer. Cette consultation doit nous orienter vers des façons de faire qui nous permettront d'affirmer, dans les années 2000, les valeurs québécoises et les principes fondamentaux de notre système de santé et de services sociaux tout en relevant les défis d'accès, de qualité, d'efficience et de financement auxquels nous faisons face.

1 LA PRÉVENTION COMME FACTEUR D'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'amélioration de la santé et du bien-être des individus et de la population est un objectif central du système de santé et de services sociaux et la prévention constitue une fonction incontournable pour y arriver. L'information sur la santé et l'accessibilité à des services préventifs de qualité sont essentielles pour le maintien et l'amélioration de la santé de la population. La prévention peut sauver des vies, améliorer la qualité de vie et réduire de façon importante les dépenses en soins médicaux.

DES RÉALISATIONS EN FAVEUR DE LA PRÉVENTION ET DU BIEN-ÊTRE DES CITOYENS

- **Une campagne gouvernementale pour la promotion de saines habitudes de vie.**
- **Un geste fort en faveur de la santé publique avec le resserrement de la Loi sur le tabac et l'abolition de la fumée dans les endroits publics.**
- **Une place privilégiée faite à la prévention :**
  - **la prévention a été un thème majeur du Forum des générations, avec la création de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention ;**
  - **cet enjeu a été au cœur des consultations vers l'élaboration de la Stratégie d'action jeunesse.**
- **Une meilleure protection des enfants avec l'ajout de la vaccination gratuite contre le pneumocoque et contre la varicelle.**
- **Des actions qui favorisent le mieux-être des personnes :**
  - **un Plan d'action en santé mentale qui mise sur de meilleurs services de première ligne et une prévention accrue.**

1.1. UN PORTRAIT DE SANTÉ QUI S'AMÉLIORE AU FIL DES ANS GRÂCE À LA PRÉVENTION

L'état de santé de la population québécoise s'est beaucoup amélioré au cours des dernières décennies. Cette amélioration se traduit notamment par une augmentation importante de la longévité[1] et par une diminution notable du taux de mortalité infantile[2-3].

Une partie importante des gains enregistrés au cours des dernières décennies est attribuable à l'amélioration des conditions d'hygiène, aux changements dans les conditions de vie apportés par l'industrialisation et aux avancées de la science. À cet égard, les progrès enregistrés dans le traitement des maladies et les recherches entourant les facteurs qui causent les maladies ont contribué à améliorer l'état de santé de la population. L'accès plus généralisé à des services curatifs et les interventions préventives expliquent également ces gains. Plusieurs mesures préventives ont effectivement fait leur preuve : la vaccination a permis de réduire le taux de mortalité due aux maladies infectieuses[4] ; la baisse du tabagisme peut contribuer à réduire les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon ; des interventions préventives menées auprès de femmes de milieu socioéconomiquement défavorisé, durant la période allant de la grossesse jusqu'à ce que l'enfant atteigne deux ans, ont permis d'améliorer sensiblement la santé mentale des mères et ainsi de réduire les risques d'abus et de négligence à l'endroit des enfants[5].

1. Choinière, R. « L'état de santé des Québécois : Des signes encourageants », dans M. Venne (sous la dir. de), *L'annuaire du Québec 2005*.
2. Conseil des affaires sociales et de la famille, *Des victoires sur la mort*, 1983.
3. *Registre des événements démographiques du Québec* (Fichier des naissances vivantes et Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2004.
4. Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2003 : Façonner l'avenir*, 2003.
5. Boyer, G. et Laverdure, J. *Le déploiement des programmes de type Naître égaux - Grandir en santé au Québec*, 2000.

La prévention permet également de réduire les coûts engendrés par la maladie en réduisant le nombre d'hospitalisations, en diminuant la durée d'hospitalisation et en provoquant une baisse de la consommation d'autres services de santé. Certains cas permettent d'illustrer l'impact de la prévention sur le système de santé. Ainsi, l'introduction du vaccin conjugué contre le pneumocoque, en décembre 2004, pour les enfants âgés de deux mois à quatre ans, a permis en quelques mois de diminuer de moitié les infections invasives à pneumocoque chez les enfants de ce groupe d'âge[6]. En outre, certains évaluent qu'une baisse du taux de tabagisme de 1 % produirait pour le Québec des bénéfices de 114 millions de dollars, dont environ 41 millions de dollars en coûts directs de soins de santé et 73 millions de dollars en coûts indirects, comme la perte de productivité causée par la mortalité et la morbidité dues aux maladies reliées au tabagisme[7].

Bref, la prévention est un moyen sûr d'améliorer la santé de la population, de hausser sa qualité de vie, et de réduire la pression sur le système, comme le souligne le comité Ménard[8].

1.2. LES ENJEUX AUXQUELS LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DOIT FAIRE FACE

Malgré les progrès enregistrés au cours des dernières décennies, le système québécois de services de santé et de services sociaux demeure confronté à d'importantes problématiques.

Le vieillissement de la population

Le vieillissement accéléré que connaîtra la population du Québec au cours des prochaines décennies accroîtra la pression de la demande de services sur le système de santé, et ce, malgré une meilleure santé pour les aînés de demain. La hausse des incapacités augmentera le recours aux services médicaux et hospitaliers et aura des effets significatifs sur les services de longue durée, d'hébergement et de protection[9]. La prévention des maladies chroniques, des chutes et des maladies infectieuses ainsi que les efforts consentis à l'intégration sociale des personnes âgées sont en mesure de contribuer à leur santé et à préserver leur autonomie.

L'épidémie des maladies chroniques

Au Québec, quatre maladies chroniques, dont il serait pourtant possible de réduire l'incidence au sein de la population, sont responsables à elles seules de plus de 70 % des décès : il s'agit des cancers, des maladies cardiovasculaires (MCV), des maladies respiratoires et du diabète de type 2. De plus, l'obésité, qui constitue un facteur de risque important des MCV et du diabète, a connu une augmentation de 56 % depuis le milieu des années 80[10] et touche aujourd'hui 12,4 % de la population des 20 ans et plus[11]. Or, il est possible de prévenir bon nombre de ces maladies en agissant sur les habitudes de vie (alimentation inadéquate, sédentarité, tabagisme et consommation excessive d'alcool) qui sont en cause dans une proportion pouvant aller jusqu'à 80 % des décès par maladie chronique et dans environ 40 % de l'ensemble des décès[12].

Les nouvelles menaces infectieuses

La menace de certaines maladies infectieuses marque de façon particulière le début du siècle: pandémie d'influenza, infections nosocomiales, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le retour en force de plusieurs infections transmises sexuellement et par le sang. L'augmentation des taux de couverture vaccinale et le contrôle des maladies nosocomiales sont des moyens préventifs de diminuer l'impact des maladies infectieuses.

Les problèmes de santé mentale

Bon nombre d'enfants et d'adolescents présentent des problèmes d'adaptation sociale qui pourront se répercuter jusqu'à l'âge adulte. De plus, une personne sur cinq présentera un problème de santé mentale au cours de sa vie[13]. Enfin, le Québec est l'un des endroits au monde où le taux

---

6. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)*, 2005.
7. Ouellette, P. et collaborateurs, *Étude d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac*, étude menée pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.
8. Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, 2005.
9. Lutbiz, J. *Getting older, Staying Healthier: The Demographics of Health Care*, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.
10. Schaefer, C. et Mongeau, L. *L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids : Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action*, 2000.
11. Statistique Canada.
12. World Health Organization, *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health : Facts Related to Chronic Diseases*.
13. Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002.

de suicide est le plus élevé[14]. Pourtant, il est possible de diminuer les coûts humains, sociaux et financiers associés à de tels problèmes en intensifiant les mesures de prévention.

Les inégalités de santé

Dans tous les pays, on observe que les personnes les moins favorisées socioéconomiquement présentent un moins bon état de santé que les personnes les plus avantagées. Pour la période 2000-2002, les hommes les moins favorisés pouvaient en effet s'attendre à vivre huit ans de moins que les plus favorisés; cet écart était de trois ans pour les femmes[15-16-17]. Or, il est possible de miser sur des mesures transitoires pour atténuer les impacts négatifs de la pauvreté et des inégalités sur la santé et de faire alliance avec les autres secteurs d'activité de la société pour s'attaquer aux causes structurelles de la pauvreté[18].

1.3. ACCENTUER LES EFFORTS EN PRÉVENTION

1.3.1. Pour les jeunes

Dans la foulée du Forum des générations tenu à l'automne 2004, un groupe de travail a été mandaté par le gouvernement pour définir des approches préventives visant à offrir aux jeunes des environnements favorables aux saines habitudes de vie, notamment sur les plans de l'alimentation et de l'activité physique[19]. Plusieurs des recommandations du rapport de l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention (rapport Perrault) sont relativement explicites sur l'importance d'une approche préventive.

Se doter d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition

L'adoption et l'application d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition sont des outils importants pour soutenir l'amélioration des habitudes alimentaires. En ce sens, il est proposé par l'Équipe de travail de privilégier les actions suivantes:

- mettre sur pied des activités éducatives pour sensibiliser les jeunes à l'importance d'une saine alimentation, leur fournir des connaissances de base et informer les parents;
- s'assurer que les contrats des concessionnaires alimentaires des écoles et des municipalités respectent la politique.

Rallier les acteurs du secteur agroalimentaire pour développer des partenariats visant l'offre d'aliments sains

Le partenariat avec le secteur agroalimentaire est essentiel pour assurer la disponibilité d'aliments sains et faire en sorte que la population connaisse l'existence de ces aliments. Pour ce faire, il importe de:

- sensibiliser le secteur agroalimentaire à la politique;
- faciliter les contacts entre les consommateurs et les producteurs alimentaires.

Augmenter la pratique d'activités physiques chez les jeunes et leur famille dans les divers milieux de vie

On connaît les nombreux bienfaits de la pratique régulière de l'activité physique sur la santé des individus et il importe de développer des environnements favorables qui encouragent et soutiennent l'activité physique dans les milieux de vie des enfants, des jeunes et des familles. Le rapport Perrault propose notamment:

- d'intensifier la pratique de l'activité physique chez les jeunes qui fréquentent un centre de la petite enfance (CPE) ou une école;
- d'offrir des activités physiques parascolaires diversifiées et d'organiser des défis sportifs à l'école;
- d'augmenter l'accessibilité aux infrastructures et équipements scolaires et municipaux pour faciliter l'activité physique.

14. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par le Service de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.
15. Pampalon, R., *Espérance de vie et défavorisation au Québec*, 1996-1998, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2002.
16. Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), compilation effectuée par l'Institut national de santé publique du Québec, 2005.
17. Statistique Canada, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes*, 2001.
18. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec : Produire la santé*, Québec, 2005.
19. *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, 2005.

1.3.2. Pour l'ensemble de la population

Par ailleurs, en matière d'organisation des activités préventives, le Québec s'est doté du *Programme national de santé publique 2003-2012*, qui détermine les activités de prévention à réaliser sur tous les territoires locaux du Québec, et ce, pour l'ensemble de la population. Ces activités portent sur les problèmes de santé évitables les plus importants en termes de gravité et d'ampleur et elles respectent les standards d'efficacité reconnus dans la documentation scientifique récente. L'implantation a débuté, mais plusieurs interventions ou services sont encore à consolider et leur adaptation aux groupes vulnérables doit se poursuivre.

Informer la population sur les moyens à prendre pour se maintenir en santé

La population doit être informée sur son état de santé et sur les facteurs qui y contribuent. Cette condition est essentielle pour que les personnes puissent prendre leur santé en main.

Les principales activités d'information à renforcer sont :

- les campagnes de communication sur les saines habitudes de vie ;
- les activités de promotion de la sécurité sur la route, à domicile et dans les sports ;
- les campagnes de communication sur la prévention de la violence, des agressions sexuelles et des problèmes de santé mentale.

Ces campagnes d'information sont nécessaires, mais elles ne sont pas suffisantes pour influencer de façon sensible la santé de la population. On doit leur ajouter des services préventifs de qualité et accessibles ainsi qu'une action qui engage différents acteurs (environnement, éducation, emploi, etc.) dans l'amélioration du milieu.

Augmenter l'accès et la qualité des services préventifs

L'intégration de la prévention se fait généralement au sein des services de première ligne[20-21], ce qui amène les médecins et tous les professionnels de la santé à jouer un rôle crucial, notamment sur le *counselling*, la détection des facteurs de risque et la mise en place de mesures préventives les plus précoces possible.

Une attention particulière devrait être accordée à la consolidation de certains services préventifs :

- les services préventifs en périnatalité et durant la petite enfance pour les familles socioéconomiquement défavorisées ;
- la prévention des maladies chroniques, notamment par l'intensification des pratiques cliniques préventives (*counselling* sur les habitudes de vie, services d'abandon du tabagisme, détection précoce des maladies chroniques) ;
- les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile ;
- les programmes de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang ;
- la prévention des problèmes de santé mentale.

Protéger la population en cas de menace à la santé

Des activités de protection doivent également être réalisées afin de faire face à des situations qui sont susceptibles de menacer la santé de la population : un nombre inhabituel de cas de coqueluche dans une école ou un déversement de matières toxiques sur la route sont des exemples de situations qui peuvent constituer une menace à la santé. Dans le même ordre d'idées, une intervention gouvernementale en cas de pandémie d'influenza est en préparation.

Les autorités sanitaires doivent intervenir en disposant des capacités nécessaires pour :

- faire des enquêtes épidémiologiques en vue de mieux connaître ce qui menace la santé de la population ;
- s'assurer de la mise en œuvre des mesures sociosanitaires susceptibles de contrer ou de corriger la situation dangereuse ;
- alerter, lorsque nécessaire, les personnes concernées des autres secteurs d'activité pour qu'elles corrigent la situation ;
- maintenir les acquis de la vaccination et augmenter les couvertures vaccinales, en conformité avec les recommandations scientifiques.

20. Conseil canadien de la santé, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, 2005.
21. Centers for Disease Control and Prevention, *The Power of Prevention*, 2003.

Maintenir et créer des environnements physiques et sociaux sains

L'état de santé et de bien-être d'une population touche non seulement les facteurs individuels (hérédité, habitudes de vie, etc.), mais également les environnements physique et social. Aussi, pour améliorer la santé de la population, il faut miser sur l'action qui engage tous les secteurs susceptibles d'exercer une influence sur la santé (emploi, revenu, éducation, environnement, etc.). Les projets qui s'inspirent de l'approche *École en santé*, qui intègre des activités de promotion de la santé et de prévention au programme scolaire quotidien, en sont un exemple. Ils devraient permettre l'application des recommandations du récent groupe de travail mandaté par le gouvernement pour définir des approches préventives visant à offrir aux jeunes des environnements favorables à de saines habitudes de vie, notamment l'application d'une politique alimentaire et la création de possibilités pour stimuler la pratique des activités physiques[22].

Pour maintenir et améliorer l'état de santé de la population, il est donc essentiel :

- d'intensifier les actions concertées et planifiées avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin de créer des environnements favorables à la santé, à l'instar des projets *École en santé*, et de disséminer ces projets sur tout le territoire du Québec.

Les effets bénéfiques de la prévention ne sont plus à démontrer. On connaît les problèmes de santé qui peuvent être évités, les facteurs qui sont à l'origine de ces problèmes et, dans bien des cas, les interventions préventives appropriées.

Dans un contexte de rareté des ressources, et considérant à la fois l'état de santé de la population et le contexte démographique du vieillissement, la prévention représente un des moyens les plus fiables d'améliorer le portrait de santé de la population du Québec et de freiner certaines dépenses en santé. Ainsi, le système de santé et de services sociaux poursuivra et intensifiera les initiatives de prévention au cours des années à venir. Il y a lieu de poursuivre les efforts en vue d'atteindre l'équilibre optimal dans la répartition des services préventifs et curatifs offerts par le système de santé et de services sociaux.

EN BREF

La prévention s'avère un moyen efficace pour améliorer, d'année en année, le portrait de santé au Québec. Malgré des progrès, notre réseau de santé et de services sociaux est confronté à des enjeux importants, dont le vieillissement accéléré de la population, la persistance de grandes maladies chroniques comme le cancer, les maladies cardiovasculaires et respiratoires et le diabète, la menace de certaines maladies infectieuses, notamment l'influenza, les infections nosocomiales et le SRAS, les problèmes de santé mentale et les préoccupantes inégalités en matière de santé. Différentes mesures sont donc envisagées pour accentuer les efforts en prévention, tant chez les jeunes que dans l'ensemble de la population. Parmi celles-ci, on vise à :

- se doter d'une politique en matière d'alimentation et de nutrition ;
- augmenter la pratique d'activités physiques chez les jeunes et leur famille ;
- informer la population sur les moyens à prendre pour se maintenir en santé ;
- augmenter l'accès et la qualité des services préventifs ;
- protéger la population en cas de menace à la santé ;
- maintenir et créer des environnements physiques et sociaux sains.

22. *L'amélioration des saines habitudes de vie chez les jeunes*. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux par l'Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, 2005.

2 L'AMÉLIORATION DE L'ORGANISATION ET DES MODES DE PRESTATION DES SERVICES

Le système de santé et de services sociaux doit s'adapter pour faire face à l'évolution des besoins de la population et intégrer les pratiques et les technologies qui permettront de toujours mieux y répondre. Cette adaptation est guidée par trois objectifs :

- **consolider les services de première ligne ;**
- **mettre à profit les compétences grâce à un partage optimal des tâches et des responsabilités ;**
- **adopter des modes de prestation de services résolument orientés vers le soutien des personnes dans la communauté, tout particulièrement les personnes nécessitant des soins de longue durée et les personnes plus vulnérables.**

DES RÉALISATIONS POUR UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SERVICES

- Création de 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) adaptés à la réalité de chaque territoire et issus du regroupement de CLSC, de CHSLD et, dans la plupart des cas, d'un centre hospitalier.
- Réduction de 42 % du nombre d'établissements publics, soit de 339 à 195.
- Rationalisation des équipes de direction des établissements fusionnés, au bénéfice des services à la population.
- Mise en place d'un projet clinique adapté aux besoins de la population locale dans chacun des 95 centres de santé et de services sociaux.
- Localisation du bon soin au bon endroit grâce aux GMF et aux cliniques-réseau.
- Adoption du Plan d'action 2005-2010 pour les services aux aînés en perte d'autonomie qui met l'accent sur le développement des services dans la communauté afin de servir adéquatement l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie.

DES RÉALISATIONS POUR UNE ORGANISATION DU TRAVAIL CENTRÉE SUR LES BESOINS DES CITOYENS

- Adoption du projet de Loi 30 qui a permis une diminution du nombre d'unités d'accréditation syndicale dans le réseau, le faisant passer de plus de 3 600 à environ 900.
- Également, l'adoption du projet de Loi 30 a permis une décentralisation vers le niveau local la négociation de 26 dispositions liées à l'organisation du travail, ce qui permet une utilisation efficiente des ressources en fonction des besoins de la population et de chacun des établissements.
- Adoption d'une nouvelle nomenclature de titres d'emploi qui permettra d'en diminuer le nombre de 500 à 285.
- Meilleure utilisation des ressources humaines avec le développement de la profession d'infirmière praticienne et fin de la précarité d'emploi pour le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires.
- Meilleure formation du personnel avec plus de 62 M$ supplémentaires consacrés au développement des ressources humaines, dont 14 M$ pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes à domicile et dans les CHSLD.
- Investissement de 13 M$ pour la rétention du personnel de 55 ans et plus, admissible à la retraite, et dont le titre d'emploi est jugé en pénurie.

2.1 SE DONNER UNE ASSISE SOLIDE : LA CONSOLIDATION DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Une organisation efficiente de services doit se déployer à partir d'une première ligne forte. La création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), en 2004, poursuivait justement ce but. On compte aujourd'hui 95 CSSS qui couvrent l'ensemble du territoire du Québec. Ils sont nés du regroupement de Centre local de santé communautaire (CLSC), de Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un hôpital.

La mise en place des CSSS permet d'intégrer les services de santé et les services sociaux sur un territoire local et d'assurer ainsi à la population de ce territoire un meilleur accès à ces services. De plus, elle favorise une meilleure prise en charge de l'usager qui a recours aux services tout en lui garantissant une continuité dans son cheminement à travers le réseau de la santé et des services sociaux.

Le CSSS doit s'assurer que l'ensemble des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et leurs partenaires du territoire local partagent, conjointement et solidairement, une responsabilité envers la population du territoire. Cette responsabilité populationnelle implique que le réseau se mobilise, d'une part, pour améliorer l'état de santé et le bien-être de la population et, d'autre part, pour favoriser l'accès, la continuité et la qualité des services ainsi que la prise en charge des clientèles vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de maladies chroniques, etc.). Pour que cette dernière fonction puisse être efficacement remplie, les services doivent être hiérarchisés, selon qu'ils appartiennent à la première (services de base), deuxième (services spécialisés) ou troisième ligne (services ultraspécialisés), et des mécanismes de coordination doivent être prévus.

Par ailleurs, la réforme des services de première ligne ne serait pas complète si l'on ne cherchait pas à améliorer l'accessibilité aux services médicaux ainsi que la complémentarité entre le réseau public et les cabinets privés d'omnipratique. La création des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau s'inscrit dans cette double perspective.

L'offre de service des GMF comporte, dans tous les cas, des activités médicales avec ou sans rendez-vous, en cabinet ou à domicile pour les personnes dont l'état le requiert, durant les heures d'ouverture en semaine et sans rendez-vous les fins de semaine. Une réponse adaptée aux personnes inscrites dont l'état de santé est précaire et à celles en perte sévère d'autonomie et vivant à domicile est assurée en dehors des heures d'ouverture régulières du GMF. Par ailleurs, une garde médicale permanente (24 heures sur 24, 7 jours sur 7) est assurée par des membres du GMF, en collaboration avec des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

La création des cliniques-réseau, quant à elle, poursuit deux buts : d'une part, garantir l'accès à des services médicaux sans rendez-vous en dehors des salles d'urgence d'un hôpital, et ce, tous les jours de l'année ainsi que les soirs de la semaine et, d'autre part, assurer une coordination opérationnelle entre les médecins d'un territoire, responsables de la prise en charge médicale de leurs patients, et le CSSS, responsable de l'accès aux services et de la continuité de l'offre de service à la population.

En janvier 2006, 105 GMF avaient été accrédités, lesquels sont répartis sur près de 190 sites cliniques. Ils desservent un territoire comptant plus de 730 000 personnes. D'autres projets verront bientôt le jour. La moitié des CSSS ont noué des ententes formelles avec les GMF de leur territoire. Quant aux cliniques-réseau, douze ont été accréditées jusqu'à maintenant sur le territoire de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ; leur nombre va s'accroître et le modèle pourrait s'étendre à d'autres régions.

Le gouvernement entend poursuivre le développement des GMF et de cliniques-réseau et soutenir les partenariats avec le réseau public, dans le but de structurer une première ligne forte et efficace.

2.2 METTRE À PROFIT TOUTES LES COMPÉTENCES : LE PARTAGE OPTIMAL DES TÂCHES

L'aménagement de l'organisation des services constitue une partie seulement de la solution. Il doit être accompagné d'une adaptation des pratiques cliniques. Cette adaptation est rendue nécessaire pour plusieurs raisons. Mentionnons simplement que les problèmes à traiter sont de plus en plus complexes et exigent la collaboration d'une diversité d'intervenants aux compétences variées. Par ailleurs, le déplacement du lieu de soins vers la communauté exige toujours davantage de flexibilité et de latitude. Il est à peu près impossible, par exemple, de reproduire exactement la division du travail qui a cours en établissement dans le logement des personnes qui reçoivent du soutien à domicile.

Les pratiques professionnelles doivent évoluer en fonction

des nouveaux besoins et des interventions à privilégier, particulièrement dans le contexte actuel de la pénurie relative de ressources spécialisées. D'où la nécessité de redéfinir le partage des tâches entre les infirmières et les médecins. Cette redéfinition, rendue possible par les dispositions législatives et réglementaires récemment adoptées, vise à décloisonner les pratiques et à favoriser le travail d'équipe. Ainsi, une nouvelle profession, l'infirmière praticienne spécialisée, vient de faire son entrée dans le système québécois de santé et de services sociaux, à la suite de l'adoption par le gouvernement des règlements qui encadrent cette nouvelle pratique. Travaillant dans les domaines de la cardiologie, de la néonatalogie et de la néphrologie, ces nouvelles infirmières praticiennes spécialisées pourront dorénavant accomplir certains actes jusqu'à maintenant réservés aux médecins.

Au cours des prochains mois, une autre professionnelle devrait être intégrée au réseau de la santé et des services sociaux : l'infirmière praticienne spécialisée de première ligne. Ces infirmières praticiennes seront appelées à travailler dans les groupes de médecine de famille (GMF) et dans les cliniques-réseau. Elles seront formées pour prendre en charge, conjointement avec les médecins de famille, les problèmes de santé courants.

Au-delà des aménagements formels, la flexibilité doit aussi trouver place au quotidien. Le travail en équipe multidisciplinaire constitue la voie indiquée. On recourra à cette formule pour toutes les problématiques où elle a fait ses preuves. Les exemples sont nombreux : services aux personnes âgées en perte d'autonomie, soins musculosquelettiques, services aux malades chroniques, etc. Les avantages de travailler en équipe multidisciplinaire sont reconnus sur le plan clinique : amélioration de la rapidité de réponse, meilleure coordination des interventions, utilisation optimale des compétences, plus grande satisfaction des usagers, etc.

2.3 TOUJOURS MIEUX INTERVENIR : ADAPTER LES MODES DE PRESTATION DE SERVICES

Les façons de répondre aux besoins des personnes ont beaucoup changé au cours des vingt-cinq dernières années. Hier, elles étaient surtout organisées autour de l'établissement. Aujourd'hui, elles sont de plus en plus orientées vers le soutien aux personnes dans leur milieu de vie naturel.

L'institutionnalisation des personnes est maintenant le moyen de dernier recours, quand le maintien à domicile ou en milieu de vie naturel, tel que le privilégie la très grande majorité des personnes, n'est plus possible.

Dans cette orientation, des efforts importants ont été faits pour améliorer toute forme de maintien à domicile ou en milieu de vie naturel. Néanmoins, il reste beaucoup à faire pour mieux répondre aux besoins de la société d'aujourd'hui, notamment afin de mieux soutenir les personnes ayant une incapacité permanente.

Il faudra de plus revoir l'organisation des services pour l'adapter aux jeunes qui vivent des difficultés graves et assumer en première ligne une réponse aux besoins des jeunes et de leurs parents. À cet égard, un projet de révision de la Loi sur la protection de la jeunesse a été déposé à l'Assemblée nationale et fait l'objet d'une consultation publique.

2.3.1 Les services aux personnes ayant une incapacité permanente

Les personnes ayant une incapacité permanente regroupent les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes dites handicapées, soit celles ayant une déficience physique ou intellectuelle et celles ayant un trouble envahissant du développement.

Bien qu'elles reçoivent toutes des services spécifiques en fonction de leurs besoins et des objectifs poursuivis, elles partagent une gamme commune de services, en particulier les services de soutien à domicile. Les conditions d'accès à ces services doivent être les mêmes pour tous, quelle que soit la nature des incapacités des personnes. En effet, ici encore, ce sont uniquement les besoins qui déterminent l'accès aux services, en vertu du principe de l'universalité.

2.3.1.1 Le contexte

Le modèle actuel des services aux personnes âgées est orienté vers une institutionnalisation en CHSLD. Le statu quo impliquerait l'ajout de nouvelles places d'hébergement pour tenir compte de l'augmentation du nombre de personnes âgées et, surtout, de personnes très âgées (85 ans et plus).

Ainsi, les effets du vieillissement de la population se font déjà sentir. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus aura augmenté de 20 % entre 2001 et 2009. La très grande majorité des personnes de ce groupe d'âge sont

22. Équipe de travail pour mobiliser les efforts en prévention, 2005.

autonomes, mais il reste qu'une personne sur cinq a besoin d'une forme ou l'autre de services de longue durée. L'augmentation est encore plus marquée chez les 85 ans et plus, dont le nombre aura augmenté de presque 45% pour la même période.

Maintenir les taux d'hébergement actuels conduirait, au cours des dix prochaines années, à héberger quelque 12 500 aînés de plus, comparativement aux 36 200 qui le sont actuellement. Continuer dans cette voie risquerait de drainer à peu près toutes les ressources humaines et financières disponibles. Cette option limiterait, de toute évidence, le développement des services dans la communauté, lesquels sont déjà jugés insuffisants.

Au-delà de la question des ressources disponibles, il faut mentionner que les personnes qui vieillissent, même quand elles voient leur autonomie diminuer, préfèrent demeurer à leur domicile ou dans leur communauté, un vœu partagé par leur entourage. Il importe donc de compléter le travail de réorganisation déjà lancé en santé et services sociaux qui vise à fournir aux personnes une réponse mieux adaptée à leurs besoins, le plus près possible de leur milieu de vie.

Par ailleurs, en ce qui concerne les personnes présentant des déficiences et des incapacités, les politiques et orientations ministérielles misent sur le développement et la consolidation d'une gamme de services et de mesures visant à leur assurer les conditions d'une véritable participation sociale et un meilleur soutien à leur famille. À cet effet, il faut d'abord permettre aux personnes de développer leur plein potentiel et, par la suite, leur fournir un soutien selon diverses modalités afin qu'elles puissent exercer leurs rôles sociaux. Ce soutien doit être envisagé à long terme puisque leurs incapacités sont persistantes.

Le mouvement de réinsertion sociale amorcé dans les années 80 a eu un impact significatif et positif sur la qualité des services offerts aux personnes handicapées et à leur famille. Toutefois, nous devons encore innover dans les pratiques, notamment en matière d'hébergement, pour faire face aux besoins imminents dans ce secteur.

En effet, près de 5 000 adultes de moins de 65 ans ayant une déficience physique se retrouvent en hébergement à défaut d'une solution de rechange qui conviendrait mieux à leurs besoins. On en compte autant qui, en raison d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement, vivent encore chez leurs parents, bien qu'ils soient adultes. Leur vieillissement exercera, dans un horizon assez rapproché, une pression importante sur la demande de services résidentiels et de services à domicile.

2.3.1.2 La clef : diversifier les milieux d'hébergement

Pour sortir de cette impasse, il faut modifier en profondeur l'offre actuelle de service afin de mieux soutenir les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu de vie ainsi que leurs proches aidants. Il faut miser davantage sur une diversification des formules de logement, à la fois pour offrir le plus d'options possible, notamment aux aînés en perte d'autonomie et à leurs proches, et pour absorber de façon efficace le choc démographique.

Ce scénario a été retenu dans le cadre du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*. Le plan d'action prévoit donc une nette augmentation du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie recevant des services dans la communauté. Les services publics seront dorénavant offerts à ces personnes en fonction de leurs besoins, plutôt que d'être liés à un milieu de soins en particulier. Les réseaux de services intégrés aux personnes âgées, qui favorisent l'accessibilité et la continuité des soins et des services au sein même de la communauté, seront complétés.

Ainsi, en ce qui concerne les personnes âgées, compte tenu du virage vers la communauté, le nombre de places en centre d'hébergement devrait demeurer sensiblement le même qu'actuellement. De plus en plus, ces places seront réservées aux personnes qui présentent des besoins plus complexes sur le plan clinique, les autres bénéficiant des services offerts dans la communauté. Un plan d'intervention immobilière, étalé sur cinq ans, permettra de redéployer les lits dans les régions moins bien pourvues et de réaménager certaines installations pour qu'elles correspondent mieux au nouveau profil des personnes hébergées.

Ce virage vers la communauté est à la base du programme de subventions *Pour un nouveau partenariat au service des aînés*, mis en place en 2003 par le MSSS. Le programme, d'un montant de l'ordre de 12 millions de dollars, a permis de stimuler le développement d'une trentaine de projets novateurs en matière de soutien résidentiel destiné à des clientèles en grande perte d'autonomie. Avec plus de 500 places soutenues à ce jour, il s'agit d'une façon pour le MSSS d'appuyer le développement de résidences mieux adaptées aux besoins des personnes.

Par ailleurs, en ce qui concerne les personnes handicapées, d'autres besoins, qu'il faut nécessairement combler pour prévenir l'institutionnalisation et soutenir l'intégration et la participation sociale, requièrent plutôt des modalités souples et facilement accessibles. Il s'agit des besoins de soutien à domicile pour les personnes (aide dans les activités de la vie quotidienne et dans les activités de la vie domestique, soutien communautaire au logement, etc.), pour les proches aidants (répit, gardiennage, assistance dans les rôles parentaux, etc.) ainsi que les besoins de soutien à l'intégration sociale (accompagnement, parrainage civique, ressource d'entraide, etc.). La prestation de services devra se diversifier et mettre à contribution différents partenaires. Par exemple, il faut accroître l'accessibilité à un logement «abordable et adapté» et assurer un soutien communautaire à ces personnes. Il faut favoriser le développement et l'utilisation de ressources d'entraide communautaire et d'économie sociale.

Il est entendu que le développement de ressources non institutionnelles pour les personnes en perte d'autonomie devra impliquer une collaboration entre différents secteurs d'activité pour accroître la disponibilité du logement social. Le Ministère devra assumer le financement des services de santé et des services sociaux pour les personnes y résidant, et ce, en fonction des ressources dont il disposera.

2.3.1.3 Les services de soutien à domicile pour toutes les clientèles

- **La révision et l'harmonisation des différents programmes d'aide à domicile**

Actuellement, dans le cadre du soutien à domicile, plusieurs mesures existent: programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), allocation directe, prestation directe des services du CSSS (mission CLSC), crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'une personne âgée et pour les personnes handicapées. Une réflexion s'impose afin de s'assurer de l'efficience et de l'efficacité de ces différentes mesures.

Ainsi, une des mesures du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, vise à examiner la possibilité de soutenir les aînés en perte d'autonomie et leurs proches aidants pour l'obtention de services d'aide à domicile[23] selon des modalités basées sur le degré d'incapacité de la personne et sur l'exercice du choix du type de services et du dispensateur. À cette fin, des travaux sont entrepris pour revoir les différents programmes d'aide à domicile et leurs modalités actuelles d'accès.

Compte tenu que plusieurs des programmes offerts s'appliquent aussi à d'autres clientèles, telles les personnes handicapées, les modifications proposées devront aussi s'appliquer en toute équité à l'ensemble des clientèles.

EN BREF

Le système de santé et de services sociaux doit s'adapter et intégrer les pratiques et les technologies pour mieux répondre à l'évolution des besoins de la population. Pour ce faire, des avenues sont proposées :

- consolider les services de première ligne maintenant offerts dans les CSSS en prévoyant des mécanismes de coordination entre les services hiérarchisés et en poursuivant la création des GMF et des cliniques-réseau ;
- mettre à profit toutes les compétences en misant sur le partage optimal des tâches, notamment entre les infirmières et les médecins;
- adopter des modes de prestation de services orientés vers le soutien des personnes dans la communauté, tout particulièrement pour les personnes présentant une incapacité permanente ou celles qui sont les plus vulnérables et pour lesquelles il faut diversifier les milieux d'hébergement et revoir les différents programmes d'aide à domicile.

23. Les services d'aide à domicile incluent les services d'assistance personnelle et d'aide domestique, les activités de soutien civique, les services de popote et d'accompagnement, les visites d'amitié, l'assistance à l'apprentissage et l'appui aux tâches familiales. Pour une définition de ces services, se référer à : Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique de soutien à domicile, «Chez soi : Le premier choix»*, 2003.

3 LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS : COHÉRENCE, CONTINUITÉ ET COMPLÉMENTARITÉ

Les services médico-hospitaliers permettent d'offrir des traitements spécialisés pour des maladies et des problèmes complexes. Ils nécessitent des infrastructures coûteuses qu'il faut maintenir, renouveler et développer. Ces services consomment beaucoup d'effectifs médicaux et de ressources professionnelles spécialisées. Ils exigent ainsi un effort financier important de la collectivité. Ils doivent donc être bien organisés de façon à générer le maximum d'efficacité et d'efficience.

DES RÉALISATIONS POUR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ DES SOINS

- **La création des quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) pour améliorer l'accès aux services spécialisés, notamment en confiant aux RUIS la responsabilité d'offrir les services aux régions dont ils sont responsables. Les RUIS conseillent les agences de la santé et des services sociaux dans la détermination des missions de chaque établissement à l'intérieur de leur territoire. Ils proposent l'offre de service de leurs hôpitaux universitaires, répondent aux corridors de services et soutiennent les régions.**
- **Un meilleur cheminement des citoyens entre les services requis, grâce à la création des CSSS.**
- **Un engagement pour l'amélioration des services en région au moyen de la formation médicale décentralisée, qui permet aux résidents en médecine de connaître une expérience de la pratique médicale en région :**
  - **développement de campus satellites de formation médicale (Trois-Rivières et Saguenay) ;**
  - **déploiement de nouvelles unités de médecine familiale (Baie-Comeau, Trois-Rivières, Amos–La Sarre, Maria, Kamouraska–Rimouski–Rivière-du-Loup–Les Basques) et rehaussement d'unités existantes (Beauce–Etchemin, Rimouski, Maizerets à Québec) ;**
  - **le nombre de mois en formation décentralisée en région désignée est passé de 2 088 en 2004-2005 à 3 242 en 2005-2006, soit une augmentation de 55 %.**
- **Un engagement ferme pour le développement de la médecine universitaire, avec 1,8 milliard de dollars consacrés à la modernisation du CHUM, du CUSM et du CHU mère-enfant Sainte-Justine.**

Une bonne organisation de services médico-hospitaliers doit respecter deux conditions fondamentales. Premièrement, les services doivent être hiérarchisés, ce qui permettra d'offrir la bonne intervention au bon moment, au bon endroit, avec l'expertise et la technologie appropriées. Les services médico-hospitaliers peuvent être classés en trois catégories, soit les services locaux, régionaux et nationaux. Cette hiérarchie des services est établie en fonction du volume d'activités de services, de la complexité de la nature et de l'intensité des problèmes traités, des compétences requises et de la nécessité ou non d'avoir accès à un plateau technique plus ou moins élaboré. Cette hiérarchisation permet d'assurer le passage aisé du patient d'un palier à l'autre, en continuité et sans dédoublement des services. Deuxièmement, l'expertise de pointe doit être regroupée afin de traiter, dans un même lieu, une masse critique de patients et d'assurer la qualité optimale des interventions.

Cette organisation favorisera une meilleure cohérence et efficience des services, surtout dans les services spécialisés et surspécialisés, où il y a tantôt redondance et duplication, tantôt carence d'accès aux services.

Le gouvernement entend aussi miser sur le développement de cliniques spécialisées affiliées pour compléter et renforcer l'offre de service. L'introduction de ce nouvel acteur dans la prestation des services de santé a déjà été proposée en 2000 par le rapport Clair, de même que dans le Plan de modernisation 2004-2007 présenté par le gouvernement[24]. Cette avenue, qui contribue aux efforts de modernisation de l'État, vient soutenir la production du système de santé, dans un mode de financement qui demeure public, en vue d'améliorer l'accès à des services de qualité (voir chapitre 5).

24. Plan de modernisation 2004-2007- Moderniser l'État. Pour des services de qualité aux citoyens. Secrétariat du Conseil du Trésor, mai 2004.

3.1 L'ARCHITECTURE DES SERVICES MÉDICO-HOSPITALIERS

Les trois niveaux de services médico-hospitaliers se retrouvent dans des établissements possédant des expertises et des technologies adaptées à leur offre de service.

- **Les services locaux** sont offerts par les établissements qui ont le mandat d'offrir des services de proximité. L'établissement qui offre principalement des services médico-hospitaliers locaux fait habituellement partie d'un CSSS qui a une mission de centre hospitalier. Cet établissement offre des soins hospitaliers généraux et certains services spécialisés de base, notamment en médecine interne, en chirurgie générale, en obstétrique, en anesthésiologie, etc. Lorsque les besoins de la population le justifient, l'établissement peut aussi offrir des services spécialisés plus étendus. Il dispose d'un plateau technique correspondant à sa mission et on y donne de l'enseignement de base en médecine.
- **Les services régionaux** sont offerts par les établissements qui ont des mandats spécifiques, parfois exclusifs pour une région, et qui remplissent des champs de spécialités variés et multiples. Ce type d'établissement offre aussi des services locaux et peut faire partie d'un CSSS. Pour ce faire, il dispose d'un plateau technique adéquat, d'une main-d'œuvre regroupée, d'un volume et d'un bassin de desserte assurant une qualité de services. On y trouve de l'enseignement de base et spécialisé en médecine et des activités de recherche.
- **Les services nationaux** sont offerts par les centres hospitaliers universitaires, instituts et centres hospitaliers affiliés universitaires. Ces établissements offrent des services locaux, régionaux et nationaux, qui demandent une expertise de pointe et des technologies avancées, et ils s'occupent des problèmes complexes et plutôt rares. Ils exercent aussi des fonctions d'enseignement, de recherche, avec des chercheurs de carrière, et d'évaluation des technologies, tel que le précise la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

3.2 LES LEVIERS POUR ASSURER LA CONTINUITÉ ET LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES

3.2.1 Une organisation rationnelle des ressources

Les infrastructures doivent être organisées sur le territoire en fonction des populations à desservir et des impératifs d'une organisation optimale des services. C'est le critère fondamental qui guide dorénavant le Ministère et les agences de la santé et des services sociaux dans l'allocation des ressources et l'administration générale des services médico-hospitaliers.

3.2.2 Des « corridors » de services fonctionnels et efficaces

Sur le terrain, les établissements doivent travailler à établir des « corridors » de services, c'est-à-dire des filières où tout patient peut, lorsque c'est nécessaire, cheminer d'un palier à l'autre, sans dédoublement et sans rupture de services. Chaque corridor de services correspond en fait à une problématique particulière (cancer, perte d'autonomie liée au vieillissement, maladie chronique, etc.). La continuité des services y est assurée par des mécanismes de référence, des maillages et des ententes particulières convenues entre établissements.

À l'inverse, un groupe de spécialistes venant d'un établissement ayant un mandat régional ou d'un centre hospitalier universitaire peut assurer sur place certains services de consultation externe dans un établissement n'offrant que des services locaux.

Ainsi, les établissements n'offrant que des services locaux doivent collaborer avec les établissements de leur région qui ont des mandats spécifiques pour offrir des services plus spécialisés. Ce sont les établissements ayant ces mandats spécifiques qui verront à l'élaboration et à la bonne marche des corridors de services intrarégionaux. La même logique prévaut pour les services nationaux.

Toutes les ententes et tous les mécanismes de collaboration établis doivent offrir la latitude requise aux cliniciens afin qu'ils puissent moduler la gamme des services requis en fonction des besoins et des circonstances.

Les corridors de services doivent être planifiés de façon responsable et durable. Chaque CSSS, avec le soutien de l'agence régionale, doit concevoir des ententes de services avec les établissements desservant la population de leur territoire local. Les agences doivent prévoir que l'établissement recevant les personnes qui lui sont référées bénéficie des ressources adéquates pour le faire, soit les effectifs médicaux, les plateaux techniques et les immobilisations. La convention encadrant l'entente de service doit prévoir le retour du patient à son CSSS d'origine lorsque les services surspécialisés ne sont plus requis. Cela demande une planification serrée entre les acteurs.

3.2.3 Des réseaux universitaires engagés et adaptés aux besoins

Quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) couvrent le Québec : le réseau de l'Université de Montréal (40 % de la population), celui de l'Université McGill (23 %), le réseau de l'Université Laval (23 %) et enfin celui de l'Université de Sherbrooke (14 %). Ils ont chacun un territoire principal de services à couvrir, sans stricte exclusivité territoriale pour respecter le libre choix du patient et du professionnel.

Chaque RUIS doit prévoir des mécanismes pour assurer la continuité des services entre les établissements à vocation locale, régionale ou suprarégionale. On vise ici une meilleure complémentarité entre les trois paliers de services. D'autres engagements devront lier les centres hospitaliers d'enseignement d'un même RUIS à fournir les services ultraspécialisés destinés à des clientèles restreintes à tous les établissements de leur RUIS. L'offre de service des centres hospitaliers universitaires demande, au préalable, une concertation sur le rôle de chacun dans cette offre globale, ce qui évite que chacun rivalise pour la même clientèle qui aura besoin d'une chirurgie cardiaque, par exemple. C'est la complémentarité intra RUIS.

Il existe par contre des besoins ultraspécialisés qui, tout en étant essentiels pour la population, utilisent des volumes minimes de services, d'où la nécessité de convenir d'un partage des services entre les quatre RUIS. C'est ce qu'on appelle la complémentarité inter RUIS.

Le Ministère entend d'ailleurs profiter des investissements majeurs qu'amène la modernisation de la médecine universitaire à Montréal — par la construction du CHUM, du CUSM et l'agrandissement du CHU Sainte-Justine — pour accroître la complémentarité entre les établissements, notamment dans le contexte où des partages d'expertise peuvent assurer à toute la population les meilleurs services possible, en répondant aux normes de qualité et de sécurité, tout en permettant l'utilisation judicieuse des fonds publics.

EN BREF

La hiérarchisation des services médico-hospitaliers favorise une meilleure cohérence et une plus grande efficience des services, en particulier pour améliorer l'accès aux services spécialisés et surspécialisés. Certains leviers sont proposés pour assurer la continuité et la complémentarité des services :

- organiser les services médico-hospitaliers en fonction des populations à desservir aux niveaux local, régional et national et des impératifs d'une organisation optimale des services ;
- établir des « corridors » de services fonctionnels et efficaces entre les établissements ;
- accentuer la collaboration et le partage d'expertise entre les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) et les établissements du réseau pour favoriser une meilleure complémentarité entre les trois paliers de services et au sein de ceux-ci.

4 L'OPTIMISATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES

Les citoyens sont, à bon droit, de plus en plus exigeants envers leur système de santé, qui devrait répondre raisonnablement à leurs besoins et à leurs attentes. Ils veulent être informés des résultats d'évaluation, tant ceux qui les concernent personnellement que ceux relatifs aux établissements qu'ils fréquentent. Ils attendent une qualité et une sécurité de soins optimales. Ils tiennent à ce que leurs préoccupations soient prises en compte.

DES RÉALISATIONS POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DES SERVICES

- **Plan d'action sur les infections nosocomiales, doublé d'une meilleure connaissance du phénomène, d'une meilleure formation des intervenants et d'une vigilance accrue.**
- **Adoption du projet de Loi 83 qui insiste sur la qualité:**
  - **certification obligatoire pour les résidences privées afin d'assurer aux personnes âgées en perte d'autonomie des services de qualité;**
  - **recours facilité pour les usagers au régime d'examen des plaintes, tout en favorisant leur participation et leur contribution à la vie du réseau, au sein des comités d'usagers et de résidents;**
  - **création d'une Direction de la qualité au ministère de la Santé et des Services sociaux;**
  - **création de tables de concertation régionale en matière de promotion, de défense et de protection des droits des usagers;**
  - **création d'un Comité de vigilance et de la qualité au sein des conseils d'administration d'établissements.**
- **Adhésion à Inforoute Santé du Canada afin d'obtenir des fonds aux fins de l'informatisation du réseau et préparation d'un plan global d'informatisation.**

Un rehaussement de la qualité des services s'inscrit dans le contexte d'une recherche d'efficience. La mise en place de mesures visant le contrôle de la qualité demeure souvent perçue par les gestionnaires et les professionnels comme une source supplémentaire de coûts. Considérant les coûts liés à la non-qualité, il est pourtant possible de diminuer les coûts globaux grâce à une amélioration de la qualité. Il est même souvent possible d'obtenir rapidement un retour sur un investissement visant à réduire un dysfonctionnement particulier. La non-qualité, mesurée par des indicateurs comme les accidents dans les soins, les hospitalisations inappropriées, les infections nosocomiales ou les surutilisations de ressources, coûte cher sur les plans économique et humain. La non-qualité mobilise des ressources qui pourraient être mieux utilisées. Pour faire plus, il faut faire mieux. Pour accroître la qualité des services et la confiance des citoyens dans leur système de santé, deux types de mesures doivent être considérés.

Le premier type de mesures concerne l'évaluation, soit pour améliorer le traitement des plaintes, pour instaurer un système d'information sur les accidents dans la prestation des soins et des services, ou pour appliquer différents moyens de surveiller et de contrôler les services fournis, tant dans le domaine de la santé que dans celui des services sociaux. Pour que l'évaluation soit porteuse de changements, il faut favoriser la transparence des résultats et assurer le suivi des conclusions et des recommandations de toute nature qui sont acheminées aux décideurs.

L'autre type de mesures concerne l'intervention en amont sur les causes de non-qualité et sur les facteurs et les conditions qui favorisent la qualité. Un accent doit être mis sur la gestion des risques d'accidents et d'incidents, la mise en place de mesures de prévention et de contrôle et la valorisation des bonnes pratiques cliniques et de gestion. La mise en place de systèmes d'information qui facilitent la circulation de l'information clinique lors d'un épisode de soins constitue également un levier essentiel à la qualité des services.

4.1 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

Le monde occidental a pris conscience de l'ampleur des conséquences des accidents évitables ou des effets indésirables lors de la prestation de soins et de services et il se préoccupe des moyens pour les prévenir. Le MSSS a pour sa part, dès l'an 2000, mandaté un comité ministériel sur les accidents évitables dans la prestation des soins de santé pour produire un état de situation sur le phénomène des accidents évitables, pour évaluer l'efficacité des procédures existantes en gestion des risques et pour lui proposer des mécanismes de prévention. Le rapport de ce comité intitulé *La gestion des risques, une priorité pour le réseau*, a été rendu public en février 2001.

Les accidents représentent des phénomènes non isolés, le plus souvent d'ordre systémique. Ils sont évitables dans plus de 50 % des cas, ont des impacts sur les usagers et leurs proches et sont rarement dus à l'incompétence, à la négligence ou à l'inconduite individuelle. La sécurité du patient doit occuper une place primordiale parmi les dimensions essentielles de la qualité, et cela, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Un changement de culture s'impose. Nous devons privilégier la transparence, la communication ouverte, le travail d'équipe interdisciplinaire et une approche systémique plutôt qu'individuelle. Des mécanismes sont en place dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux pour améliorer la situation, en collaboration avec les ordres professionnels.

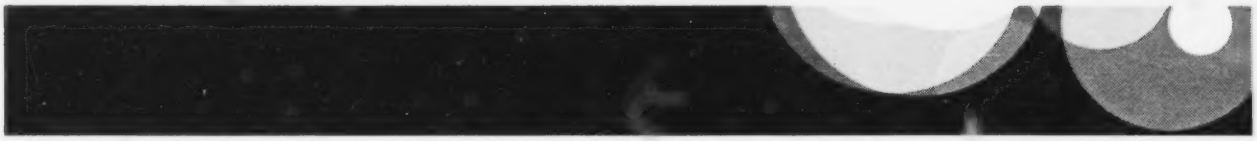
Le leadership québécois en la matière s'est manifesté concrètement par l'adoption de modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux. On a alors créé des obligations en termes de divulgation au patient, de déclaration des incidents et accidents, de même que la mise en place d'un système de surveillance par la création d'un comité de gestion des risques et de la qualité au sein de chaque établissement. Ce comité a pour mandat de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant à assurer la sécurité des usagers et à réduire l'incidence et la récurrence des accidents liés à la prestation des services.

Les événements indésirables coûtent cher sur les plans social, économique et humain. Des efforts concertés sont requis de la part des autorités, des gestionnaires et des dispensateurs pour améliorer la sécurité des patients. Il faut éviter de tenter d'identifier des coupables, mais utiliser des approches de « système », modifier les milieux de travail et créer des défenses institutionnelles pour éviter les accidents et réduire leurs effets. Le premier défi est de changer les mentalités et de penser « sécurité ».

En premier lieu, il faut miser sur la formation des intervenants, qui représente l'une des meilleures stratégies d'intervention pour comprendre pourquoi surviennent les accidents, pour les prévenir et en éviter la récurrence. En plus d'être en mesure de gérer les risques, il faut aussi être en mesure de soutenir les victimes de ces accidents. En second lieu, un système d'information pour la sécurité des soins et des services doit être mis en place, visant ainsi la constitution des registres locaux et national prévus dans la loi. C'est un outil essentiel à la prévention, à la régulation et à la surveillance au niveau de chaque établissement, des agences régionales et du Ministère. D'autres actions sont également nécessaires pour accroître la prévention et le contrôle des infections nosocomiales, des accidents reliés à la prise de médicaments et à l'utilisation des produits biologiques (transfusions et greffes), de même que ceux reliés à l'utilisation d'équipements médicaux.

4.2 LA LUTTE AUX INFECTIONS NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales ont toujours été présentes dans les hôpitaux. Cependant, ces milieux sont plus à risque aujourd'hui considérant la clientèle âgée et très malade qui y reçoit des soins ainsi que les bactéries qui sont de plus en plus résistantes aux traitements antibiotiques. Des améliorations peuvent encore être apportées à l'hygiène et à l'asepsie et certaines installations sont vétustes. En outre, les infections nosocomiales ne se limitent pas aux hôpitaux. Le problème concerne également toutes les infections contractées lors d'un épisode de soins, quel que soit le lieu (autres milieux d'hébergement, services ambulanciers ou à domicile).



Les conséquences reliées aux infections nosocomiales sont de plusieurs ordres : complications cliniques, diminution de l'accessibilité aux services de santé, coûts financiers majeurs et récurrents, diminution de la qualité des soins et baisse de la confiance envers le système de santé. L'épisode du *Clostridium difficile* a d'ailleurs permis à l'ensemble du réseau de se rappeler l'importance de mieux gérer les risques liés aux infections nosocomiales.

Les retombées de ces efforts sont telles que nous constatons, grâce au système de surveillance mis en place, une diminution du nombre de cas de l'ordre de 40 % comparativement à la même période l'an dernier. Les progrès observés au cours de la dernière année sont sans doute liés aux mesures mises de l'avant pour lutter contre les infections se transmettant en milieu de soins, et à une mobilisation exceptionnelle de la part du réseau hospitalier. Les établissements ont également été soutenus par une mise de fonds de 20 millions de dollars, qui a notamment servi à augmenter le nombre d'infirmières travaillant en prévention des infections.

Avec l'éclairage du rapport du Comité d'examen sur les infections nosocomiales, présidé par monsieur Léonard Aucoin, le Ministère et ses partenaires mettent en place les moyens pour consolider la prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Un plan d'action est en préparation, il définira les orientations et les priorités de l'ensemble des acteurs au regard de la surveillance, de la prévention et du contrôle des infections nosocomiales au Québec. Ce plan met particulièrement l'accent sur la surveillance des infections nosocomiales, les bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques, la formation du personnel, la stérilisation des équipements et les mesures d'hygiène et de salubrité.

4.3 LES NOUVEAUX LEVIERS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES

Les modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux par l'adoption du projet de Loi 83 visent à faire en sorte que le réseau de la santé et des services sociaux dispose de nouveaux leviers lui permettant de s'ajuster plus facilement à l'évolution des besoins et des attentes des usagers. Entre autres, plusieurs moyens sont prévus pour améliorer la qualité des services offerts dans le réseau, comme l'ensemble des mesures qui permettront de faciliter aux usagers le recours au régime d'examen des plaintes, de favoriser leur participation et leur contribution au sein des comités d'usagers et de résidents et d'accroître la vigilance autour de la qualité des services dans l'ensemble du réseau. S'ajoutent également, et pour la première fois, des mesures ciblées pour que les résidences privées constituent des milieux de vie sécuritaires et respectueux des besoins, des droits et de la dignité des personnes vulnérables qui y sont hébergées, notamment les personnes âgées en perte d'autonomie, mais également les autres clientèles vulnérables.

4.3.1 Le régime de traitement des plaintes

Le régime d'examen des plaintes sera révisé dans son ensemble pour faciliter le recours des usagers et assurer la mise en place de mesures visant à accroître la qualité des soins et des services. Ainsi, les fonctions du commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services sont recentrées sur le respect des droits des usagers, leur satisfaction et le traitement des plaintes. Les conditions d'exercice de ces commissaires sont ajustées pour faciliter l'exécution de leur rôle. Notamment, ils relèveront directement du conseil d'administration et devront exercer leurs fonctions de façon exclusive. Leur pouvoir d'intervention est renforcé et leur mandat ajusté pour tenir compte de la nouvelle réalité découlant de la certification obligatoire des résidences pour personnes âgées. Au même titre que le directeur général de l'établissement ou de l'agence régionale, ils feront partie du comité de vigilance.

Dorénavant, le Protecteur du citoyen, nommé par l'Assemblée nationale, exercera les fonctions du Protecteur des usagers prévues à la Loi sur le Protecteur des usagers et ses rapports devront être transmis à l'Assemblée nationale plutôt qu'au ministre.

Des comités de vigilance et de la qualité seront créés par les établissements et les agences régionales. Ces comités auront pour principale fonction d'assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations relatives à la qualité des services transmises par diverses instances de l'établissement ou de l'agence dans l'exercice de leurs fonctions, de même que par le Protecteur des usagers.

Chaque établissement aura l'obligation de mettre sur pied un comité des usagers et, lorsqu'un établissement offre des services à des usagers hébergés, de mettre sur pied un comité de résidents pour chacune de ses installations d'hébergement. Chaque comité de résidents devra avoir un représentant au sein du comité des usagers.

Enfin, des précisions seront apportées au mandat du comité de gestion des risques et de la qualité (accidents dans la prestation des soins et des services) afin de faire ressortir ses responsabilités relativement aux infections nosocomiales.

4.3.2 La certification des résidences privées

Selon les données les plus récentes, quelque 80 000 personnes âgées de plus de 65 ans demeurent dans des résidences privées où sont offerts, en plus d'un logement, des services principalement liés à la sécurité et à l'aide à la vie domestique ou à la vie sociale. À titre comparatif, 45 000 personnes âgées sont hébergées dans le réseau institutionnel (CHSLD), dans les ressources intermédiaires et dans les résidences d'accueil.

Compte tenu de l'importance des résidences privées et de leur apport au maintien des personnes dans leur milieu de vie, il importe de s'assurer de la qualité des services sociosanitaires liés à la perte d'autonomie.

Ainsi, un processus de certification des résidences privées selon des critères sociosanitaires a été rendu obligatoire, par l'adoption du projet de Loi 83 en décembre 2005. La réglementation relative à cette certification prévoira également d'autres exigences auxquelles devront satisfaire les exploitants relativement à la sécurité et à la salubrité des bâtiments.

4.4 LES VISITES D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

Les visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie substituts hébergeant une clientèle vulnérable constituent l'un des outils que s'est donné le gouvernement pour assumer une gestion proactive de la qualité des services.

Depuis leur mise en place en 2003, des visites ont été réalisées dans trois secteurs d'activité distincts : en CHSLD, en ressources de type familial (RTF) et intermédiaires (RI) et en centres jeunesse. Dans ces milieux, excepté pour les centres jeunesse, le secteur privé est un partenaire important. Les CHSLD, désignés sous l'appellation « privé conventionné » et « privé non conventionné », assurent l'ensemble des services à leurs usagers. En RTF et RI, les installations appartiennent au privé et une grande partie ou la totalité des services de soutien et d'assistance requis par les usagers est également assurée par le privé.

Les visites d'appréciation se réalisent toujours selon les mêmes paramètres centrés sur le bien-être et l'intégrité des personnes. Que le dispensateur des services soit privé ou public, l'appréciation est réalisée en tenant compte principalement du respect des droits des usagers, des orientations ministérielles concernées et des bonnes pratiques reconnues. Il en découle un rapport, accompagné de recommandations, adressé au ministre. Une demande pour la production d'un plan d'action est adressée à l'établissement et le Ministère en assure le suivi en collaboration avec l'agence régionale.

Les visites d'appréciation se distinguent des autres processus visant des objectifs apparentés sous plusieurs facettes. Les équipes de visites sont constituées à partir d'un partenariat avec des organismes de la communauté qui ont un regard indépendant du réseau public (sur les plans national et régional), des experts reconnus et des représentants de l'agence. Les objectifs poursuivis couvrent l'ensemble du spectre de l'intervention préventive et curative. Ainsi, l'approche « focus group » utilisée permet aux différents intervenants, aux usagers et à leurs proches de faire part de leur appréciation. L'utilisation d'une même grille, quel que soit le groupe rencontré, assure l'équité et la continuité dans la collecte de l'information. Enfin, les visites permettent de procéder à une analyse systémique du fonctionnement de chacun des secteurs appréciés, de manière à pouvoir, sur le plan national, soutenir, consolider, développer, modifier ou proposer des pratiques qui permettront d'améliorer la qualité de vie des usagers.

La personne doit être au centre des préoccupations des modes d'organisation et de prestation des services. Les résultats obtenus par les visites d'appréciation constituent un témoignage concret et visible de cette préoccupation souvent exprimée, mais peu perceptible par le citoyen, les usagers et leurs proches.

Les visites constituent, à cet égard, un outil de premier plan pour rehausser le niveau de confiance de la population contexte, les visites d'appréciation peuvent, sans l'ombre d'un doute, être élargies à l'ensemble des milieux de vie substituts accueillant une clientèle vulnérable, et ce, peu importe le caractère privé ou public du propriétaire des lieux et du dispensateur des services.

4.5 L'AGRÉMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Depuis l'adoption du projet de Loi 113 portant sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux, la Loi sur les services de santé et les services sociaux oblige tous les établissements à solliciter un agrément auprès d'organismes d'accréditation reconnus.

Le Ministère a également exprimé des attentes envers l'agrément des services de santé et des services sociaux. Il veut notamment introduire, dans le processus d'agrément, l'obligation de se conformer à certaines normes reconnues (ex. : Norme ISO 15189 pour les laboratoires de biologie médicale), de respecter un processus rigoureux et d'assurer un suivi des conclusions des visites d'agrément.

L'agrément prend ainsi toute son importance en permettant d'assurer la qualité et la sécurité des services au grand public ; il devient promoteur d'une utilisation optimale des ressources par le développement et la diffusion des meilleures pratiques pour réaliser chaque mission d'établissement.

Des orientations ministérielles en matière d'agrément des établissements de santé et de services sociaux sont présentement en cours de préparation. Elles visent à ce que le processus d'évaluation s'appuie sur des normes de haut niveau et que la démarche soit rigoureuse, systématique, mobilisatrice et réalisée à un coût raisonnable. Tout établissement de santé et de services sociaux au Québec devra se soumettre à un processus d'agrément qui intègre les volets administratif et clinique, la sécurité des soins et des services de même que la certification des laboratoires et des services techniques. Un mécanisme de suivi des visites d'agrément sera mis en place. L'agrément d'un établissement doit, pour le public et les autorités gouvernementales, devenir un moyen privilégié pour s'assurer que les services offerts sont de qualité et sécuritaires.

4.6 LA CIRCULATION DE L'INFORMATION CLINIQUE

Avec la mise en place des réseaux locaux de services, la circulation de l'information clinique devient une condition essentielle pour assurer l'intégration des services. L'adoption récente de modifications à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (projet de Loi 83) permettra de faciliter la communication, entre les professionnels autorisés, des renseignements contenus au dossier du patient, avec le consentement de ce dernier. La qualité et la continuité des services sont tributaires de la disponibilité de l'information échangée, au moment opportun, entre les différents intervenants et producteurs de services.

De plus, certains renseignements pourront être conservés au palier régional pour les usagers qui y consentiront. Parmi ces renseignements, qui ne pourront être consultés qu'à des fins cliniques, figure le profil pharmaceutique de l'usager. Cet accès privilégié à l'information pour les médecins et les pharmaciens contribuera à ce que ces derniers exercent leur rôle professionnel de façon plus éclairée.

EN BREF

Pour faire plus, il faut faire mieux. Pour accroître la qualité des services et la confiance des citoyens et des usagers en leur système de santé, deux types de mesures doivent être considérés :

- Mieux évaluer :
  - en améliorant le traitement des plaintes ;
  - en instaurant un système d'information sur les accidents dans la prestation des soins et services ;
  - en appliquant des moyens de surveiller et de contrôler les services fournis, entre autres par la certification des résidences privées et les visites d'appréciation de la qualité.
- Mieux intervenir pour prévenir la non-qualité et favoriser la qualité :
  - en misant sur la gestion des risques d'accidents et d'incidents ;
  - en mettant en place des mesures de prévention et de contrôle ;
  - en valorisant les bonnes pratiques cliniques et de gestion ;
  - en contribuant à l'amélioration des systèmes d'information qui facilitent la circulation de l'information clinique lors d'un épisode de soins.

5 L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES MÉDICAUX ET HOSPITALIERS POUR RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

Des progrès considérables ont été enregistrés depuis 2003 au regard de l'accès aux services médicaux et hospitaliers, tels que la diminution importante des délais d'attente en radio-oncologie et en chirurgie cardiaque ou la hausse majeure du nombre de procédures réalisées en orthopédie ou en chirurgie de la cataracte.

DES RÉALISATIONS POUR RÉDUIRE L'ATTENTE

- **Investissement de 60 millions de dollars récurrents pour la diminution des délais d'attente en 2003-2004.**
- **Réduction marquée des listes d'attente en cardiologie tertiaire: entre 2002 et 2005, diminution de 40,6 % du nombre de personnes en attente d'un cathétérisme diagnostique et d'une angioplastie, et diminution de 35 % en chirurgie cardiaque.**
- **Diminution importante des délais d'attente au-delà de huit semaines pour les traitements de radio-oncologie depuis mars 2003. Ils sont passés de 206 — tous types de cancer confondus — au 31 mars 2003, à quatre cas, au 27 janvier 2006. Il faut souligner qu'aucune personne atteinte du cancer du sein n'attend, à ce jour, plus de huit semaines pour recevoir les traitements de radiothérapie requis par son état. Les cas de cancer de la prostate en attente depuis plus de huit semaines sont également en très forte diminution, avec quatre cas au 27 janvier 2006, qui concernent tous des patients ayant refusé de recevoir le traitement requis dans un centre de radiothérapie autre que celui qu'ils fréquentaient.**
- **Diminution importante pour les délais d'attente au-delà de quatre semaines dont les données sont recueillies depuis juin 2005. Alors qu'au 3 juin 2005, 201 patients atteints de cancer étaient en attente de traitement depuis plus de quatre semaines, ils n'étaient plus que 53 au 27 janvier 2006, dont 15 patients ayant refusé de recevoir le traitement requis dans un autre centre que celui qu'ils fréquentaient déjà. Plus globalement, le nombre de personnes en attente de traitements de radio-oncologie diminue progressivement chaque semaine depuis juin 2005.**
- **Réalisation de sept projets d'immobilisation dans autant de centres de radio-oncologie qui permettront d'augmenter le parc d'équipement de radiothérapie de 15 accélérateurs et de traiter pas moins de 6 000 patients de plus d'ici l'année 2007-2008.**

Entre 2002-2003 et 2004-2005:

- **le nombre de patients opérés pour une chirurgie de la cataracte a augmenté de 16,5 %, soit de 9 358 patients;**
- **le nombre de patients opérés pour une arthroplastie du genou a augmenté de 23 %, soit de 959 patients;**
- **enfin, le nombre de patients opérés pour une arthroplastie de la hanche a augmenté de 9,6 %, soit de 377 patients.**

Symptôme des difficultés que rencontrent la plupart des systèmes de santé occidentaux, des délais pour obtenir des services offerts en milieu hospitalier perdurent. Le système québécois de santé n'échappe pas à cette réalité.

L'importance de l'enjeu des délais d'attente pour les services médicaux et hospitaliers n'est plus à démontrer. D'ailleurs, cet enjeu est partagé par une majorité de gouvernements au sein des pays développés. À la suite de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé en septembre 2004, la réduction des temps d'attente a été retenue comme principal objectif, prioritairement pour les services de radio-oncologie, de cardiologie, d'imagerie diagnostique, de remplacement des articulations et de restauration de la vue. Toutefois, dans plusieurs de ces domaines, les normes relatives à ce qui est médicalement acceptable ne sont pas encore déterminées; seulement un petit nombre d'interventions font l'objet de consensus entre les experts.

La nécessité de prévoir des actions structurantes à moyen et à long terme face à cette problématique a été accentuée par le jugement de la Cour suprême du Canada[25], au mois de juin dernier dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis, une poursuite intentée contre le gouvernement en 1997. Dans un jugement partagé, la Cour suprême concluait que les dispositions législatives québécoises interdisant le recours à l'assurance privée pour des services de santé violent les droits à la vie et à l'intégrité des individus garantis par la Charte québécoise des droits et des libertés de la personne.

Le gouvernement est très sensible à la réalité des personnes qui subissent des délais d'attente. Il a posé des gestes concrets ces dernières années pour améliorer la situation et s'engage à continuer en ce sens en déployant le maximum d'efforts possible. Des délais d'attente persistent et nous incitent à mettre en place des solutions qui nous permettront d'assurer à chaque patient la garantie d'obtenir les soins requis par sa situation. Les solutions s'instaureront graduellement, par étapes, en fonction de la disponibilité des ressources, tant humaines que financières.

Dans un contexte où plusieurs se questionnent sur l'avenir du système public de santé et de services sociaux, nous devons nous poser la question suivante : « Quel rôle doit jouer le secteur privé pour nous permettre d'accroître la capacité du système à répondre aux attentes et aux besoins de la population tout en maintenant un régime public universel, équitable et accessible pour tous ? ».

Poursuivant les deux objectifs de préserver notre système public et universel de santé et de services sociaux et de répondre au jugement de la Cour suprême, le second étant subordonné à l'atteinte du premier, le gouvernement propose une solution axée avant tout sur l'amélioration de l'accès aux services médicaux et hospitaliers publics. En s'inspirant des expériences étrangères, il convie l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux à mettre en place un mécanisme qui offrira une garantie d'accès aux services, en adaptant ses façons de faire en conséquence. En guise de réponse au jugement de la Cour suprême, la proposition du gouvernement fait également une ouverture très ciblée à l'assurance privée, ce qui devrait apporter les réponses nécessaires au regard du jugement de la Cour suprême du Canada. C'est cette proposition que le gouvernement soumet à la consultation publique.

5.1 LES PROBLÈMES LIÉS AUX DÉLAIS D'ATTENTE MALGRÉ LES PROGRÈS RÉALISÉS

Depuis ces dernières années, des efforts importants ont été réalisés pour diminuer les délais d'attente. Il faut rappeler que le gouvernement a effectué un rattrapage majeur sur le plan financier, avec l'ajout de trois milliards de dollars dans le secteur de la santé et des services sociaux depuis 2003. Cet investissement dans l'ensemble du réseau, jumelé aux autres changements entrepris, comme les mesures pour améliorer l'accès à un médecin de famille, a engendré de bons résultats.

Les personnes qui requièrent des soins urgents les obtiennent généralement de façon rapide et suivant des normes élevées de qualité. C'est le cas pour les soins d'obstétrique, de pédiatrie, de traumatologie, de maladies aiguës d'origine infectieuse, digestive, neurologique, etc.

L'Institut Fraser publiait récemment son étude annuelle sur les délais d'attente à travers le Canada. On y apprend notamment que parmi les provinces canadiennes, le Québec est la seule à avoir amorcé et maintenu, depuis 2003, une diminution du délai d'attente entre la visite auprès d'un médecin spécialiste et le traitement prescrit par ce dernier. C'est d'ailleurs au Québec que ce délai est désormais le plus court au Canada, avec 8,4 semaines. On y révélait aussi que le Québec fait partie des cinq provinces où l'attente entre le rendez-vous chez le médecin de famille et le traitement spécialisé a diminué.

Malgré les ressources investies, malgré l'augmentation du nombre d'interventions, malgré le travail remarquable accompli par les intervenants dans le réseau et malgré les différentes actions menées pour améliorer le fonctionnement du système, l'accès aux services médicaux et hospitaliers demeure une priorité tant pour la population que pour le gouvernement. À ce titre, les attentes de la population

25. Affaire Jacques Chaoulli et Georges Zeliotis contre le Procureur général du Québec et le Procureur général du Canada, 9 juin 2005, Dossier 29272.

envers le système de santé et de services sociaux sont élevées mais tout à fait légitimes compte tenu des ressources publiques qui y sont investies. Le gouvernement est conscient qu'il doit se doter de moyens pour connaître de façon plus précise la situation des listes d'attente et pour donner une information juste et éclairante à la population.

Ainsi au cours des dernières années, l'attention s'est principalement portée sur le nombre de patients en attente plutôt que d'insister sur le véritable accès aux services. Or l'accessibilité se définit d'abord en terme de lieu, par une offre de soins et de services de proximité, tant pour les services du médecin que pour ceux offerts en établissement ou à domicile. Elle inclut également une notion de temps liée aux délais d'accès aux services électifs sur rendez-vous ou sans rendez-vous. Enfin, elle comprend la disponibilité de cet accès dans une large plage horaire dont celle en heures défavorables, et ce, sans passer par l'urgence d'un établissement.

L'accès aux services médicaux dans un délai cliniquement acceptable, dans des lieux ou par des corridors de services clairement définis, est désormais la stratégie que le réseau de la santé et des services sociaux entend suivre. Il faut insister sur l'importance d'instaurer une collaboration active entre les professionnels de la santé, les médecins et les administrateurs d'établissements afin que, par une gestion rigoureuse, soit assuré à chaque individu l'accès aux services cliniques par le bon professionnel, en temps opportun et au bon endroit.

Il faut se donner les outils pour gérer efficacement les listes d'attente. Les solutions sont multiples et complémentaires les unes aux autres. Le renforcement d'une première ligne de services, la disponibilité des infrastructures de base en haute technologie et en médecine de laboratoire, l'accès aux services spécialisés dans chaque région et aux services surspécialisés par des corridors de services fonctionnels, des plans d'accès à chacune des spécialités médicales sont des voies de solutions incontournables. Il faut aussi améliorer notre capacité à évaluer et à surveiller les temps d'attente grâce aux technologies de l'information et à la disponibilité de données cliniquement reconnues.

5.2 LE CONTEXTE DU JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME DU CANADA

Le jugement de la Cour suprême du Canada invalide deux articles des lois québécoises sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-hospitalisation qui interdisent le recours à des assurances privées de santé au Québec pour des services assurés par le régime public. Cette décision ouvrirait la porte, d'une part, au paiement d'un médecin non participant par l'assureur privé pour des services médicaux actuellement couverts par le régime public et, d'autre part, à l'assurance privée pour des services de santé actuellement offerts exclusivement en milieu hospitalier, dupliquant ainsi l'offre publique pour ces mêmes services. La Cour suprême, après avoir reconnu que la préservation du régime public est un objectif urgent et réel, considère que la mesure choisie par le Québec pour y parvenir, soit la prohibition de l'assurance privée, est disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi.

En permettant la vente de polices d'assurance par le secteur privé pour couvrir des services actuellement financés par le secteur public, le jugement de la Cour suprême ouvre la voie au développement d'un réseau privé de prestation de services où les personnes disposant de moyens financiers suffisants pourraient obtenir des services médicaux et hospitaliers plus rapidement que celles qui utilisent les services financés par le secteur public. Ce sont les assises sociales du système public québécois qui sont alors remises en cause. Ce nouveau contexte soulève des enjeux nombreux, notamment au regard de la disponibilité des ressources humaines et financières nécessaires à la viabilité du réseau public de services. Le développement d'un réseau privé de services pourrait entraîner un risque de drainage des ressources humaines actuellement au service du réseau public vers les services financés par le privé. Le développement de services financés par le privé pourrait aussi occasionner une augmentation de la demande pour certains services financés publiquement et ainsi entraîner une augmentation des dépenses publiques de santé. Enfin, au moment où le Québec met en œuvre certaines dispositions pour assurer une meilleure intégration des services, le développement d'un réseau privé de services ne pourrait se faire en parallèle sans que des liens ne soient tissés entre les réseaux public et privé de services.

Considérant l'importance des enjeux soulevés, le gouvernement du Québec a demandé et obtenu un sursis du jugement, repoussant ainsi sa prise d'effet au 9 juin 2006. Le gouvernement a aussi jugé impératif de mettre en place un comité stratégique interministériel pour étudier la question.

5.3 L'ÉVOLUTION DES ATTENTES AU REGARD DU SYSTÈME PUBLIC DE SANTÉ

Les transformations du système de santé québécois sont fortement liées aux attentes de la population. Jusqu'aux années 60, on connaîtra au Québec un régime mixte à prépondérance privée : la responsabilité des moins nantis et des déshérités demeure confiée à l'État tandis que le reste de la population doit s'en remettre à l'assurance privée ou, à défaut, passer au guichet de l'hôpital et assumer directement les coûts encourus. Le coût des polices d'assurance s'accroît toutefois progressivement, mettant en péril leur accessibilité pour les personnes à faible revenu, tandis que les coûts de la médecine hospitalière explosent littéralement. Les gouvernements, tant au niveau fédéral que provincial, vont alors établir, par dispositions législatives[26], les bases d'un régime d'assurance maladie universel partout au Canada. Le Québec ira plus loin[27] en réunissant sous une même administration les services de santé et les services sociaux afin de mieux répondre aux besoins des citoyens qui requièrent davantage de services, en particulier les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes handicapées. L'intervention du gouvernement québécois dans la santé et les services sociaux permettra également de réduire les inégalités d'accès aux services. Cette volonté gouvernementale de conférer aux services de santé un caractère public reflète d'ailleurs les attentes des citoyens envers ce type de services.

La croissance soutenue des coûts des services de santé et les difficultés du système à répondre plus adéquatement aux besoins de la population ont fait évoluer le débat. De nombreuses commissions d'étude et comités spéciaux se sont penchés sur l'état du système public de santé, sur les mesures à prendre pour assurer sa viabilité à long terme et sur son mode de fonctionnement et de financement. Toutes les analyses rejettent le recours à la privatisation du financement des soins de santé parce que cette voie comporte des inconvénients majeurs. Parmi ceux-ci, notons la protection insuffisante de la couverture d'assurance privée, les coûts élevés, les problèmes d'accessibilité et d'équité pour les personnes à plus faible revenu, le manque de ressources humaines, notamment les médecins, ainsi que les écarts dans leur répartition sur l'ensemble du territoire.

Le récent jugement de la Cour suprême vient raviver le débat sur l'accès aux services et sur l'ouverture à l'assurance médicale privée. Au sein de la population, certains acteurs craignent la menace d'un régime à deux vitesses, alors que d'autres croient que des changements s'imposent et qu'il faut s'extraire du monopole de l'État en apportant un meilleur équilibre entre le privé et le public. Cette ouverture au privé est toutefois nuancée : plusieurs considèrent en effet qu'elle doit être faite de « manière prudente » et qu'il ne faut pas sacrifier les valeurs d'universalité et d'équité qui constituent les assises mêmes du système public. On doit par ailleurs s'attaquer au problème du financement et de la croissance des besoins, qui reste entier.

5.4 LES EXPÉRIENCES CANADIENNES ET ÉTRANGÈRES

Le Québec n'est pas seul à être confronté à la question du financement public et privé du système de santé. Plusieurs autres gouvernements ont adopté des mesures pour baliser ou pour faire cohabiter le recours à l'assurance privée et l'existence d'un réseau de services financés par l'État.

5.4.1 Le recours à l'assurance privée

Le régime public de soins de santé au Québec était en situation de quasi-monopole jusqu'au récent jugement de la Cour suprême du Canada. En fait, la législation québécoise interdit, à ce jour, la rémunération directe des médecins par d'autres assureurs, privés ou publics, ainsi que la couverture d'assurance privée pour des services nécessitant une hospitalisation de plus d'une journée et qui sont déjà couverts à l'intérieur du régime public. Plusieurs Québécois souscrivent toutefois à une assurance privée supplémentaire afin de couvrir les services qui ne sont pas inclus dans le régime public, tels les soins dentaires et optométriques ou les soins chiropratiques et les médecines alternatives, à titre d'exemple. Par ailleurs, toute la population québécoise

26. Au fédéral, citons à titre d'exemple : la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, 1957 ; la Loi sur les soins médicaux, 1966; et la Loi canadienne sur la santé, 1984.

27. Au Québec, notons la Loi sur l'assurance-hospitalisation, 1961 ; la Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971 ; la Loi sur l'assurance médicaments, 1996; et la Loi sur la santé publique, 2004.

admissible est couverte par deux régimes publics d'assurance accident, soit celui de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) et celui de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Ailleurs au Canada, certaines ambiguïtés subsistent quant à l'ouverture à l'assurance maladie privée. En effet, ce ne sont pas toutes les provinces canadiennes qui en interdisent l'accès, mais elles prennent toutes des mesures pour en limiter la croissance et pour ne pas affaiblir leur secteur public[28]. Pour ce faire, certaines provinces y vont avec des éléments dissuasifs, tels l'interdiction de surfacturation (au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Colombie-Britannique, en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard), le non-remboursement des honoraires des médecins désengagés du régime public qui facturent directement leurs patients (au Nouveau-Brunswick) et des restrictions légales pour décourager les médecins à se désengager du régime public (au Manitoba et à l'Île-du-Prince-Édouard). D'autres provinces utilisent la législation pour restreindre l'ouverture au privé : la Saskatchewan a adopté en 1999 une loi[29] qui interdit l'accès plus rapide à un service médical ; l'Alberta ne permet pas[30], depuis 2000, le financement privé (à l'exception des cliniques privées d'imagerie par résonance magnétique) ; et l'Ontario a adopté la Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé, renforçant ainsi l'interdiction d'avoir un système de santé à deux vitesses. Seule Terre-Neuve et Labrador permet, en principe, le remboursement des honoraires des médecins non participants au tarif du régime public, la surfacturation demeurant aux dépens des patients ou de l'assurance privée à laquelle ils peuvent souscrire. En pratique cependant, il n'y aurait dans cette province aucun médecin non participant au régime public.

Certains pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) ont choisi la voie de l'encadrement légal de l'assurance privée duplicative[31]. Ces pays offrent également une couverture publique, financée par les impôts, à l'ensemble de leur population, mais ils se distinguent pour la plupart de la situation québécoise et canadienne par leur politique de tarification de l'usager (copaiement) et par les conditions qu'ils imposent pour encadrer l'assurance privée. On trouve trois groupes principaux de pays, selon le rôle joué par l'assurance maladie privée en interaction avec les régimes publics et l'impact qu'elle produit sur leurs systèmes de santé[32].

- La Suède et la Norvège forment le premier groupe où une proportion négligeable (moins de 1 %) de la population est couverte par le secteur privé, principalement par l'entremise de polices d'assurance collective liées à l'emploi. La Suède par exemple, malgré des différences avec la situation québécoise en termes d'organisation de services et de couverture publique, relève des défis similaires, comme la maîtrise des dépenses publiques de santé, les contraintes sur les ressources médicales et professionnelles et le vieillissement de la population. Ces tensions à l'intérieur du système public n'ont toutefois pas entraîné un basculement majeur vers la privatisation des soins, et ce, en dépit de trois vagues successives de réformes entre 1991 et 2003. Cette position dominante du régime public s'expliquerait notamment par les politiques de copaiement et par l'importance du fardeau fiscal, les primes d'assurance privée devenant alors un coût excédentaire à ces frais pour la population.
- La Finlande, le Royaume-Uni, l'Espagne, le Portugal et l'Italie occupent une position mitoyenne avec 10 à 15 % de leur population couverte par un régime privé. Le Royaume-Uni se démarque par sa tendance à se situer à l'avant-garde du mouvement des réformes dans les systèmes de santé des pays de l'OCDE. Par ailleurs, c'est au Royaume-Uni qu'on a le plus clairement lié la performance des hôpitaux publics (*Trusts*) à la possibilité d'offrir des lits entièrement privés dont le nombre est limité par l'État et le fonctionnement basé sur l'offre latente. Par exemple, les médecins spécialistes peuvent exercer dans le privé jusqu'à concurrence de 10 % de leur revenu, mais s'ils dépassent ce plafond, ils peuvent perdre 1/11 du salaire que leur verse l'État. Le personnel hospitalier peut travailler au privé durant ses temps libres et les hôpitaux peuvent louer leurs équipements lorsqu'ils ne sont pas utilisés.

---

28. Affaire Jacques Chaoulli et Georges Zeliotis contre le Procureur général du Québec et le Procureur général du Canada, 9 juin 2005, Dossier 29272, paragraphe 174.
29. *Health Facilities Licensing Act*, 1999.
30. *Bill 11: Health Care Protection Act*, 2000.
31. L'assurance privée duplicative couvre les soins de santé médicalement nécessaires même s'ils sont généralement couverts par le régime public.
32. Le projet de l'OCDE sur la santé : *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, 2004.

- Le Danemark, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande et l'Australie constituent le troisième groupe avec une proportion beaucoup plus importante de leur population (de 28 à 45 % environ) disposant d'une couverture d'assurance privée duplicative que l'on encourage par des subventions directes et indirectes ou encore par la voie de la fiscalité. Ces pays imposent toutefois un encadrement légal et réglementaire à la prestation de services par le secteur privé. Par exemple, l'Australie interdit l'offre de service en première ligne par le secteur privé, mais subventionne les hôpitaux privés et permet aux hôpitaux publics d'offrir des lits privés.

5.4.2 Les avantages et les inconvénients de l'assurance privée duplicative

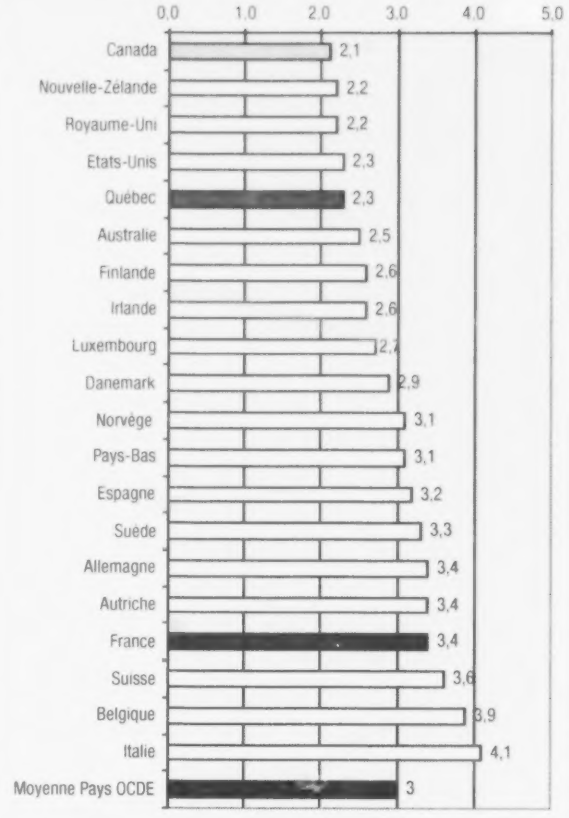
Quelles leçons peut-on tirer de ces expériences pour l'amélioration du régime de santé québécois ? En théorie, l'utilité première de l'assurance maladie privée duplicative résiderait dans la réduction des charges sur les régimes publics en déplaçant une partie de la demande et des coûts qui y sont associés du secteur public vers le secteur privé, ce qui renforcerait la réactivité[33] du système dans son ensemble.

La disponibilité des ressources humaines, dont les médecins, doit cependant être suffisante pour soutenir cette croissance, cette condition étant déterminante pour permettre à l'ensemble du système (public et privé) de traiter plus de personnes. De plus, il appert que certains pays ont choisi de consacrer un investissement substantiel dans leur système de santé pour relever le défi d'accroître leur capacité de production.

Par ailleurs, un examen du ratio des médecins en activité par 1 000 habitants révèle qu'il y a davantage de médecins en activité au Royaume-Uni (2,2), en Australie (2,5), au Danemark (2,9), en Norvège (3,1) ou en Suède (3,3) qu'au Canada (2,1), qui occupe ainsi le dernier rang à ce chapitre parmi les pays de l'OCDE en 2003. À l'aide d'une compilation de données comparables, le ratio québécois des médecins en activité par 1 000 habitants se situait à 2,3 alors que la moyenne des pays de l'OCDE, en ne tenant pas compte du ratio pour le Canada (2,1), se chiffrait à 3 médecins en activité par 1 000 habitants pour la même année.

GRAPHIQUE 1

NOMBRE DE MÉDECINS EN ACTIVITÉ POUR 1 000 HABITANTS, DANS CERTAINS PAYS DE L'OCDE ET AU QUÉBEC, 2003



Sources : Définitions, sources et méthodes par pays : www.irdes.fr/ecosante/OCDE/fr/210030.html. Copyright ECO-SANTÉ OCDE 2005, juin 2005 ; les données pour le Québec proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) d'après une compilation fournie par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Toutefois, les expériences étrangères en matière d'assurance privée duplicative comportent plusieurs risques et ne semblent apporter aucune garantie d'un meilleur accès global aux soins de santé, ni de gains d'efficience dans l'ensemble d'un système. Un enjeu important consiste à ne pas sacrifier l'équité dans l'accès aux soins pour l'ensemble de la population. À ce propos, une attention particulière doit être portée aux clientèles plus vulnérables, dont les personnes à faible revenu et les personnes atteintes d'une maladie

33. La réactivité est définie comme étant la capacité du système à répondre aux attentes de la population en matière de rapidité d'accès aux services et de satisfaction à l'égard des services reçus.

chronique ou présentant un handicap (qui seraient plus difficilement admissibles à l'assurance privée) ainsi qu'aux personnes vivant loin des grands centres. Les expériences analysées confirment que ce sont majoritairement les travailleurs, dans le cadre de régimes collectifs, les personnes d'âge moyen et les personnes mieux nanties qui ont recours à l'assurance privée.

Plus l'ouverture à l'assurance privée est grande, plus sa mise en œuvre nécessite des mesures de contrôle variées, ce qui rend plus complexe la gestion de l'ensemble du système. Le principal effet pervers associé à une réglementation trop permissive et à un contrôle inadéquat de l'assurance duplicative est le détournement de ressources humaines du secteur public vers le secteur privé. Cela peut avoir comme conséquence une réduction de l'accès aux services pour les usagers du régime public, les incitatifs favorisant une plus grande productivité étant alors spécifiquement concentrés sur la clientèle du régime privé au détriment de la productivité dans le secteur public. De plus, même avec un encadrement réglementaire supplémentaire, rien ne garantit la qualité des services qui seront offerts par le secteur privé.

5.4.3 Les mécanismes d'amélioration de l'accès aux services de santé

Comme au Québec, plusieurs systèmes occidentaux de santé sont aux prises avec des délais d'attente trop longs pour accéder à certains services. Parmi les expériences étrangères analysées, deux pays permettent d'alimenter notre réflexion quant aux mécanismes établis pour garantir une meilleure accessibilité à leur système de santé. Il s'agit du Royaume-Uni et de la Suède.

Au Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, on a privilégié une approche gradualiste, amorcée en 1998 par une réforme[34] qui comporte plusieurs mécanismes de garantie de soins à l'intérieur du système public. Ainsi, depuis 2002, l'hôpital qui annule une opération pour des raisons non cliniques doit offrir au patient une autre date dans les 28 jours, ou encore lui payer le traitement à l'hôpital de son choix. Depuis l'été 2004, tous les patients qui attendent plus de six mois pour une chirurgie peuvent obtenir le service dans un autre hôpital ou chez un dispensateur indépendant. Des ententes (avec grille tarifaire) ont également été conclues avec le secteur privé pour obtenir les traitements ou envoyer le patient à l'extérieur.

Il était prévu qu'à la fin de 2005, le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un spécialiste pour les patients externes est réduit à un délai maximum de trois mois; pour les patients inscrits à l'hôpital pour un traitement, le délai maximum est de six mois. D'ici 2008, ces mêmes délais seront progressivement réduits à un maximum de trois mois. Tous les rendez-vous à l'hôpital seront enregistrés à l'aide d'un système électronique de prise de rendez-vous à la convenance du patient, qui, le jour venu, sera vu dans un délai n'excédant pas 30 minutes de l'heure de son rendez-vous. Ce nouveau système de prise de rendez-vous rendra également plus facile au patient et au généraliste le choix de l'hôpital et du spécialiste. Les patients pourront également choisir d'être traités parmi quatre ou cinq différents dispensateurs indépendants, payés selon une grille tarifaire établie à l'échelle nationale, et en 2008, les patients pourront obtenir le service auprès du dispensateur de leur choix.

En Suède

En Suède, c'est en 1991 que la première entente de garantie de soins *(National Guarantee of Treatment)* a été conclue entre le gouvernement et les comtés suédois pour s'appliquer l'année suivante. Elle a connu un succès immédiat mais fut suivie d'un essoufflement après trois ans, et d'un quasi-retour à la case départ après cinq ans. En 1996, la Suède introduisait une nouvelle formule de garantie de soins *(Guarantee of Medical Treatment)*, révisée en 1997, où l'on régulait et encadrait mieux la pratique médicale de première ligne et spécialisée. Celle-ci n'a pas donné les résultats escomptés et fut également abandonnée. En 2003, le gouvernement central et les comtés suédois ont élaboré une nouvelle formule de garantie de traitement *(National Treatment Guarantee)* qui est en vigueur depuis le 1er novembre 2005. Elle couvre l'entièreté de l'épisode de soins, les soins de réadaptation et de soutien à domicile étant déjà intégrés au processus global en Suède. Elle est basée sur la règle du 0-7-90-90, soit zéro délai ou un contact instantané avec le système de soins de santé, être vu par un généraliste à l'intérieur d'un délai de 7 jours, être dirigé et avoir obtenu sa consultation auprès d'un spécialiste à l'intérieur d'un délai de 90 jours, et ne pas attendre plus de 90 jours après le diagnostic pour obtenir le traitement approprié.

34. *NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*, 2000.

Les avantages et les inconvénients

Dans l'ensemble, on peut estimer que les mécanismes de garantie d'accès comportent l'avantage de fixer des cibles structurantes pour les systèmes publics de santé et de donner un recours aux personnes en attente de services, dans la mesure où les cibles ne seraient pas respectées.

Il semble toutefois que ces mécanismes soient complexes à gérer et doivent évoluer. Ainsi, au Royaume-Uni et en Suède, les modèles font l'objet de révisions périodiques. Ces avenues nécessitent la disponibilité de ressources financières et humaines en quantité suffisante.

5.5 DES PRINCIPES À RESPECTER

Dans le cadre du présent débat, le gouvernement du Québec tient à réitérer son adhésion et son attachement aux principes fondamentaux qui ont guidé jusqu'à présent l'évolution du système de santé et de services sociaux. En plus de réaffirmer sa volonté de maintenir un système public fort, le gouvernement est sensible aux critères qui ont soutenu l'analyse des différentes avenues de solution.

- L'universalité et l'équité du régime public de santé

  L'accès aux services de santé doit reposer sur les besoins des personnes et non sur leur capacité de payer. Le gouvernement a la volonté de maintenir un système de santé où l'on ne relève pas d'écart en termes d'accès, quel que soit le mode de prestation de services. Dans cette perspective, une attention particulière doit être accordée aux personnes à faible revenu, aux personnes atteintes d'un problème de santé chronique ou d'un handicap ainsi qu'aux personnes vivant loin des grands centres urbains.

- L'intégration des services comme mode d'organisation privilégié

  Les différentes solutions doivent être évaluées, notamment en fonction de leur impact sur l'organisation actuelle des services, et plus spécifiquement sur les aspects concernant leur intégration. Comme pour plusieurs autres systèmes de santé dans le monde, le Québec a choisi cette solution pour faire face au défi complexe que constitue la gestion d'un système de santé. Il faut donc poursuivre les efforts entrepris avec la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et s'assurer que les choix qui seront retenus ne mettront pas en péril les mesures mises en place pour une meilleure intégration des services.

- Le maintien et l'amélioration de la qualité des services

  Le corps médical et plus généralement les dispensateurs de services ont traditionnellement assumé la responsabilité inhérente à la qualité des services. Avec les différents problèmes liés notamment à la sécurité des services, les pouvoirs publics ont aussi fait de la qualité une priorité, au même titre que l'accessibilité ou la continuité des services. Même si les prérogatives des différents ordres professionnels devaient continuer de s'appliquer quelles que soient les solutions qui seront retenues, il faudra s'assurer que les mécanismes mis en place pour garantir la qualité des services publics s'appliquent à tous les dispensateurs de services, qu'ils soient publics ou privés.

- La disponibilité des ressources humaines dans le secteur public

  Malgré les efforts déployés par le gouvernement, tels que le rehaussement du nombre d'admissions en faculté de médecine, plusieurs autres corps d'emploi dans le secteur de la santé font l'objet d'une pénurie plus ou moins grande. Il s'agit notamment des infirmières, des technologues en radiodiagnostic, etc. Par ailleurs, les tendances démographiques à long terme laissent entrevoir qu'il s'agira d'un enjeu important au cours des prochaines années en raison des nombreux départs à la retraite prévus d'ici les dix prochaines années, de la diminution du nombre de jeunes qui arriveront sur le marché du travail et de l'accroissement de la demande pour les services de santé résultant de la progression du nombre de personnes âgées. Dans un tel contexte, toute évolution des modes de prestation de services devrait être accompagnée de balises pour protéger la disponibilité des ressources humaines nécessaires au fonctionnement du système public de santé (voir encadré).

- L'accroissement de la productivité et un meilleur contrôle des coûts du système de santé

  Dans un contexte où plusieurs doutes sont émis quant à l'avenir du système public de santé, les solutions retenues devront permettre d'accroître la productivité dans le réseau et d'assurer un meilleur contrôle des coûts. Il faudra être attentif à ce que les choix retenus n'engendrent pas une augmentation importante des coûts globaux de santé pour la société québécoise.

EFFECTIFS MÉDICAUX : PERSPECTIVES

Afin d'améliorer l'accès aux services médicaux, une des avenues retenues consiste à augmenter le nombre de médecins au Québec. La baisse des admissions en médecine au milieu des années 90, suivie du programme de mise à la retraite en 1997, a occasionné une pénurie sans précédent de médecins, tant du côté des omnipraticiens que des spécialistes. Pour pallier cette pénurie, les admissions en médecine pour le contingent des Québécois ont été augmentées de 85 %, passant de 406 en 1998-1999 à 748 en 2005-2006. L'ouverture prochaine d'un campus satellite au Saguenay—Lac-Saint-Jean permettra à 24 étudiants additionnels d'être admis en médecine, ce qui portera le total des admissions en 2006-2007 à 772.

L'augmentation du nombre de médecins formés, jumelée à un recrutement plus intensif de médecins étrangers, aura un impact significatif sur le nombre de médecins dont disposera le Québec au cours des années à venir. En effet, compte tenu du temps requis pour la formation, le rehaussement du nombre d'admissions en médecine contribuera à ce que le Québec dispose d'environ 3 000 médecins de plus en 2015, et ce, en considérant l'effet prévisible des départs à la retraite et autres. Il s'agit d'un rythme de croissance inégalé au cours des 15 dernières années.

Alors que l'on compte actuellement sur les services de 7 500 médecins de famille au Québec, nous estimons qu'en 2015 les hausses d'admissions porteront ce nombre à environ 9 000. Le nombre de médecins spécialistes devrait quant à lui passer à 9 500 en 2015, alors qu'on en compte actuellement un peu moins de 8 000.

Afin de répondre adéquatement aux besoins, la hausse des admissions en médecine doit s'accompagner d'un choix judicieux des spécialités qui bénéficient de ces augmentations. À cet égard, la hausse des admissions doit contribuer à soutenir les priorités ministérielles que sont le cancer, la santé mentale et la réduction des délais d'attente, dans un contexte de nécessaire hiérarchisation des services.

EFFECTIFS INFIRMIERS ET AUTRES : PERSPECTIVES

Pour les établissements du réseau de la santé, on prévoit une croissance de la main-d'œuvre se situant entre 1,6 % et 2,5 % par année. Ainsi, d'ici 2015, le réseau devrait recruter entre 13 000 et 22 000 personnes chaque année, à la fois pour assurer le remplacement du personnel qui quitte et pour répondre aux nouveaux besoins.

De plus, les besoins de recrutement les plus importants concernent le personnel qui, dans plusieurs cas, est déjà en pénurie, notamment les infirmières, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les techniciens en éducation spécialisée et les technologues en radiodiagnostic.

À titre d'exemple, il manquera 10 400 infirmières au Québec au 31 mars 2015, soit 13 % de l'effectif requis à cette date en se basant sur une augmentation annuelle des besoins de 1,6 %.

Le gouvernement du Québec a déjà amorcé plusieurs actions en vue de planifier les besoins de main-d'œuvre du réseau public et de répondre aux besoins immédiats de personnel dans les établissements de santé. Des mesures particulières ont été mises en place en concertation avec le ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC) afin de faciliter l'intégration et le recrutement de divers professionnels de la santé formés à l'étranger. De son côté, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a mis en place des mesures visant à rehausser le nombre d'inscriptions dans les programmes de santé ainsi que des mesures visant à rehausser la réussite et la diplômation. Le gouvernement travaille par ailleurs à élaborer une stratégie de renouvellement des effectifs en santé et en services sociaux.

5.6 LES OPTIONS POTENTIELLES RELATIVEMENT AU JUGEMENT DE LA COUR SUPRÊME

Plusieurs options sont envisageables pour améliorer l'accès aux services et pour répondre aux questions posées par le jugement de la Cour suprême. Divers choix peuvent être faits en matière de financement et d'organisation des services médicaux et hospitaliers, et ce, par les secteurs public et privé.

On peut représenter l'éventail des choix possibles comme un continuum allant du statu quo en matière de financement et d'organisation des services jusqu'à une ouverture totale au financement privé et à la production privée de services médicaux et hospitaliers. Entre ces deux pôles, on trouve une multitude de combinaisons possibles alliant le financement et la production de services par le secteur public de même que par le secteur privé, lesquels ont fait l'objet d'analyse en fonction des principes énoncés précédemment.

Dans ce qui suit, trois grandes options, qui regroupent les scénarios analysés, font l'objet d'une présentation :

- le statu quo en matière de financement des services de santé ;
- une ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé ;
- un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente.

5.6.1 Le statu quo en matière de financement des services de santé

À la suite du jugement de la Cour suprême, plusieurs acteurs de la société civile se sont inquiétés des conséquences qu'une légalisation de l'assurance maladie privée pourrait avoir au chapitre de l'équité dans l'accès aux soins, de la disponibilité de la main-d'œuvre médicale et professionnelle, voire de l'intégrité du système de santé et de services sociaux dans son ensemble. Pour ces raisons, plusieurs ont réclamé le statu quo, quitte à invoquer les clauses dérogatoires des chartes des droits québécoise et canadienne. Cette démarche permettrait le maintien intégral des dispositions législatives actuelles (article 15 de la Loi sur l'assurance-maladie et article 11 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation).

De cette façon, on maintiendrait l'interdiction de l'assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers couverts par le régime public. Toutefois, les médecins non participants pourraient toujours choisir d'exercer en parallèle au régime public.

D'une part, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) recensait un total de 97 médecins non participants au régime public en 2004 (moins de 1 % des effectifs), mais rien n'indique que ce nombre doit rester stable au cours des prochaines années, en l'absence de mesures de contrôle adéquates. En vertu du statu quo, ces médecins continueraient à offrir, contre rémunération par les patients, des services non assurés dans le régime public dans des cliniques privées (ex. : la chirurgie esthétique), des services assurés uniquement en milieu hospitalier (ex. : certaines chirurgies d'un jour, la résonance magnétique, etc.). D'autre part, les médecins qui souhaitent participer au régime public d'assurance maladie devraient continuer à respecter la règle de l'étanchéité dans le financement, soit à renoncer à tout financement privé pour un service couvert par le régime public d'assurance maladie, administré par la RAMQ.

Le statu quo signifierait également que le financement des services médicaux et hospitaliers resterait à forte prédominance publique et que l'assurance privée resterait interdite pour les services médicaux et hospitaliers déjà couverts par le régime public. Les centres hospitaliers demeureraient ainsi du domaine public, tandis que les cliniques médicales, tout en étant de propriété privée, continueraient à offrir des services couverts pour l'essentiel par le régime public d'assurance maladie.

Cependant, rien ne serait modifié par rapport au possible développement de l'offre de service à financement privé par des médecins non participants car les règles seraient les mêmes qu'actuellement. En somme, le statu quo ne comporterait intrinsèquement aucune mesure concrète pour répondre aux préoccupations de la Cour suprême relativement aux droits individuels que sont les droits à la vie et à l'intégrité de la personne, tels que définis dans les chartes.

En dépit de ce jugement, qui résulte d'une situation dénoncée par les appelants en 1997, la mise en place ordonnée de mesures pour accroître la productivité demeure tout de même essentielle pour diminuer les délais d'attente. Pour agir significativement sur le plan de la productivité, des changements importants aux pratiques actuelles seraient nécessaires à l'intérieur du système public de soins de santé.

Par ailleurs, l'option du *statu quo* ne nécessiterait la mise en place d'aucune nouvelle mesure législative ou réglementaire et elle ne compliquerait pas le contrôle et le suivi (monitoring) du système de santé par le gouvernement. Le coût global du système public de santé ne devrait donc subir aucune modification en raison de son application.

Les conséquences de cette position préserveraient donc l'équité dans l'accès, mais le maintien du seul statu quo ne laisse entrevoir aucun progrès significatif quant à l'amélioration de la rapidité d'accès aux services et à la diminution des délais d'attente. Rien ne laisse non plus entrevoir que le possible développement, non balisé, de l'offre de service à financement privé se maintiendrait au niveau actuel, si c'est cette seule avenue qui est privilégiée.

Dans un contexte de statu quo, l'option d'introduire une forme de garantie de service pourrait constituer un mécanisme de révision de nature quasi judiciaire qui permettrait aux individus, qui jugent excessifs certains délais pour obtenir un traitement, de porter plainte et d'obtenir une référence vers un autre établissement public ou privé. Cette option, qui constituerait une amélioration marginale de l'offre de service publique, ne répondrait toutefois que partiellement aux préoccupations de la Cour suprême et risquerait de complexifier la gestion du système, en y introduisant une certaine forme de judiciarisation.

5.6.2 Une ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé

En matière d'ouverture au secteur privé pour le financement et la production de services de santé, plusieurs options apparaissent envisageables. À titre d'illustration, trois options sont présentées, allant d'une ouverture minimale à une situation de quasi libre marché des services de santé.

Une ouverture minimale au secteur privé

La vente d'assurance privée pour les services médicaux et hospitaliers pourrait être légalisée, mais uniquement pour certaines chirurgies électives qui seraient définies par règlement par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

L'étanchéité entre les services de santé à financement public et ceux à financement privé serait préservée par le maintien de l'obligation faite au médecin qui souhaite participer au régime public d'assurance maladie de renoncer à toute rémunération privée pour un service assuré par le régime public (ce que l'on nomme l'exclusivité de la rémunération). Par conséquent, un patient ne pourrait acheter un service de chirurgie qu'auprès d'un médecin qui a choisi de ne pas participer au régime public.

Les activités des cliniques où exercent des médecins qui ne participent pas au régime public seraient soumises à un encadrement de nature contractuelle ou réglementaire. Cet encadrement préciserait les responsabilités de ces cliniques en cas de complications après une chirurgie, les normes de qualité à respecter, la nature des permis à détenir de même que les liens de complémentarité devant exister avec le système public de santé.

Une approche intermédiaire en matière d'ouverture au secteur privé

En plus des éléments énoncés précédemment, il pourrait aussi être permis à des entreprises privées (cliniques et assureurs) de louer des équipements et des salles d'opération qui se trouvent dans des établissements publics de santé. Cette location ne serait permise qu'en dehors des heures normales d'utilisation et uniquement pour les établissements qui ont été en mesure d'établir de façon fiable leur coût de revient (une condition essentielle pour établir une tarification juste). L'étanchéité entre le système public et le système privé serait maintenue, les médecins devant faire le choix de participer ou non au régime public.

Une approche de quasi libre marché des services de santé

Par rapport aux deux options précédentes, cette avenue élargirait la gamme des services médicaux et hospitaliers pouvant faire l'objet d'une couverture par un assureur privé. De plus, l'étanchéité ne serait plus maintenue entre les services à financement public et ceux à financement privé : les médecins participant au régime public d'assurance maladie pourraient également traiter des patients contre rémunération privée, et cela, pour des services normalement assurés dans le régime public. En contrepartie, une prestation minimale dans le système public de santé pourrait être exigée des médecins qui souhaitent participer au régime public d'assurance maladie.

L'encadrement de nature contractuelle ou réglementaire serait maintenu pour les cliniques qui vendent des services de nature médicale ou hospitalière. Cet encadrement porterait notamment sur les responsabilités en cas de complications, les normes de qualité à respecter, la nature des permis à détenir, etc.

Comme pour l'option précédente, le secteur privé pourrait utiliser les capacités excédentaires des blocs opératoires des établissements publics. Le système public de santé pourrait également acheter des services auprès de cliniques entièrement privées.

Il appert qu'une ouverture large et sans contrôle à l'assurance privée pourrait menacer l'équité dans l'accès en fonction des besoins des personnes. En effet, l'accès aux services à financement privé est régi par les mécanismes de marché et n'est ouvert qu'aux personnes qui disposent de ressources financières suffisantes et aux travailleurs ayant accès à un régime collectif. Dans ce contexte, la majorité de la population, qui ne possède pas de ressources financières suffisantes, ne bénéficierait d'aucune amélioration dans l'accès résultant de l'ouverture à l'assurance privée et pourrait même voir cet accès se détériorer dans la mesure où l'expansion des services à financement privé se ferait à partir de ressources humaines spécialisées et expérimentées qui travaillent actuellement dans le système public de santé.

Une alternative aux trois options précédentes permettrait de réduire certains impacts négatifs d'une large ouverture à l'assurance privée et de protéger l'intégrité du système public de santé et de services sociaux. Ce scénario maintiendrait le principe de l'étanchéité entre les services à financement public et ceux à financement privé et introduirait des balises dans le but d'encadrer la pratique médicale, de contrôler la migration potentielle de médecins qui désireraient quitter le système public et d'assurer le soutien du système privé au système public si les délais d'attente devenaient excessifs.

L'accroissement de l'offre de service de santé à financement privé, qui se traduirait par un nombre accru d'intervenants indépendants et une fragmentation de l'offre, pourrait compromettre les démarches entreprises par le gouvernement, au cours des dernières années, pour améliorer l'intégration, la continuité et la qualité des services de santé et pour favoriser une utilisation plus efficiente des ressources. Pour cette raison, il semble probable que plus l'ouverture à l'assurance privée sera étendue, plus la gestion globale du système de santé deviendra complexe et plus il pourra être difficile d'en contrôler la qualité et les coûts. Une ouverture à l'assurance privée amènerait, selon toute probabilité, une augmentation de la part du PIB consacrée au secteur de la santé et des services sociaux.

S'il fallait lever la règle prévoyant l'obligation d'exclusivité de la rémunération pour les médecins qui souhaitent participer au régime public (maintien de l'étanchéité du financement public et du financement privé), cela pourrait poser des difficultés sur deux plans. En effet, à la lumière des expériences internationales, il appert que, lorsque l'on permet à un médecin de travailler dans le système public de santé et d'offrir aussi des services à financement privé, il existe un risque significatif de transfert de certains coûts du secteur privé vers le secteur public. De plus, l'obligation d'exclusivité de la rémunération réduit fortement l'attrait de la pratique à financement privé.

Tout porte à croire qu'il n'y aurait vraisemblablement pas de tension entre la législation québécoise et la Loi canadienne sur la santé si l'ouverture au secteur privé ne menaçait pas l'accès au régime public et s'il n'y avait ni surfacturation ni frais modérateurs. L'étanchéité entre le secteur public et le secteur privé contribuerait grandement à ne pas entraîner de problématique à cet effet.

Dans une perspective plus globale de développement économique, l'impact d'une telle formule sur les charges devant être assumées par les employeurs doit être analysé, puisqu'il s'agit sans conteste d'un critère pris en compte dans la sélection, pour une entreprise, de ses sites de développement.

En somme, l'ouverture à l'assurance privée permettrait aux personnes qui en ont les moyens et aux travailleurs bénéficiant d'un régime collectif d'obtenir plus rapidement l'accès aux services de santé désirés. Une telle ouverture pourrait cependant comporter plusieurs risques pour le système public de santé et soulever un questionnement à propos de l'équité, si aucune balise n'est imposée. Dans l'appréciation des solutions, il importe de prendre en considération que le nombre de personnes intéressées à souscrire une assurance privée pourrait être limité. Selon les statistiques fiscales de 2002, un peu plus de 85 % des déclarations des revenus sont produites par des contribuables ayant un revenu inférieur à 50 000 $. Les contribuables ayant un revenu inférieur à 20 000 $ produisent quant à eux un peu plus de 48 % des déclarations.

Pour ne pas constituer une menace à l'intégrité du système public, cette ouverture devrait, par conséquent, être accompagnée de mesures de contrôle pour garantir l'équité dans l'accès aux soins de santé, pour en minimiser l'impact sur la disponibilité des ressources humaines dans le système public de santé et pour favoriser la continuité, l'intégration et la qualité des services offerts dans l'ensemble du système de santé, et cela, autant pour les dispensateurs à financement public que pour ceux à financement privé.

5.7 L'OPTION PRIVILÉGIÉE PAR LE GOUVERNEMENT : UN PLAN D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES VISANT À RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE

Pour améliorer la situation actuelle, en s'inspirant des expériences étrangères, le gouvernement doit faire des choix. Il entend orienter les actions du réseau de la santé et des services sociaux vers l'introduction d'un mécanisme pour garantir l'accès aux services dans le système public, pour les services hospitaliers où il existe actuellement des délais d'attente qui justifient d'intervenir. Ce nouveau mode d'organisation de services serait instauré par étapes, en fonction de l'évolution de la disponibilité des ressources humaines et financières ; ces conditions se sont révélées incontournables dans les modèles analysés.

Le scénario proposé introduit aussi la possibilité, pour le citoyen, de s'assurer dans le secteur privé pour certains services hospitaliers qui pourraient être déterminés par règlement. Ces services seraient limités pour l'instant aux chirurgies électives (hanche, genou et cataracte) pour lesquelles une garantie d'accès serait offerte. Il n'y aurait pas possibilité de s'assurer pour une chirurgie cardiaque, pour des traitements de radio-oncologie, qui doivent toujours bénéficier d'une garantie d'accès publique.

La perspective est de permettre l'ouverture à l'assurance maladie privée, en limitant toutefois son étendue puisque les conditions seront en place dans le système public pour accroître la production des services hospitaliers visés et en garantir l'accès.

Ainsi, la proposition gouvernementale est basée sur deux grands volets, soit :

- un mécanisme pour garantir l'accès aux services centré sur le patient en lui assurant des services dans des délais préétablis, et ce, pour l'ensemble de son épisode de soins. La mise en place d'une telle garantie de services suppose une recherche soutenue de performance du système ainsi que l'utilisation accrue de ressources technologiques, humaines et financières ;
- une ouverture restreinte à l'assurance maladie privée, en conservant le plus d'étanchéité possible dans le financement entre le secteur public et le secteur privé, et ce, dans le but de limiter les effets négatifs pour les clientèles vulnérables et de préserver l'intégrité du système public.

Pour le gouvernement, ces deux grands volets se fondent sur les principes qui constituent les assises du système de santé et de services sociaux, soit :

- l'équité et l'universalité de l'accès aux services ;
- le libre choix, pour l'usager, de son médecin et de l'établissement où il désire être traité ;
- la réactivité globale du système, soit sa capacité de mieux répondre aux attentes de la population en matière d'accès aux services ;
- le droit des patients d'être traités à l'intérieur de délais acceptables ;
- la personnalisation de la prise en charge des patients.

5.7.1 Les services hospitaliers visés par la garantie d'accès aux services

Tous les services visés par la garantie d'accès aux services seraient déterminés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce mécanisme s'appliquerait par étape à des groupes de services offerts en milieu hospitalier. Ces derniers seraient déterminés selon les critères suivants :

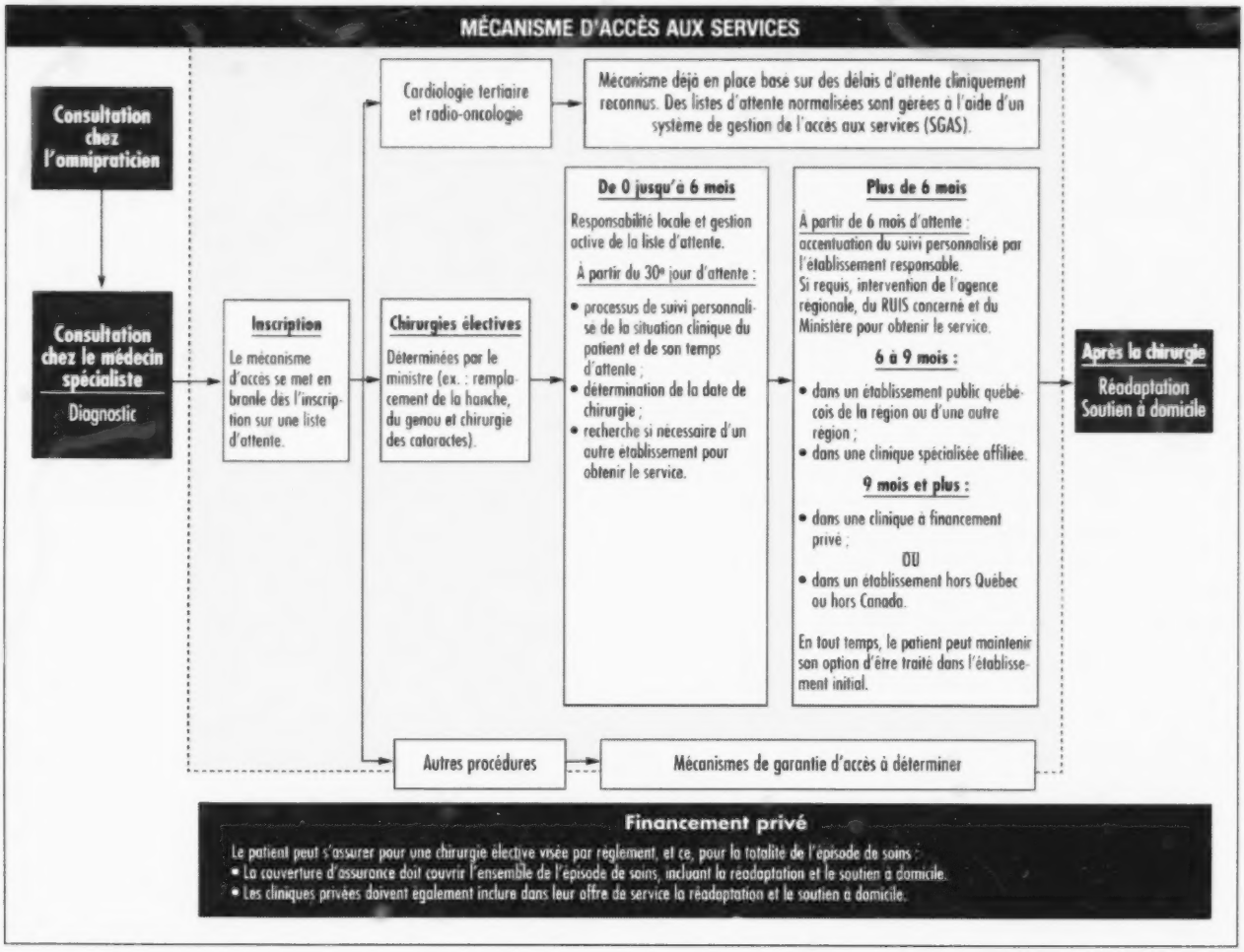
- l'importance des problèmes, leur impact sur la santé et la qualité de vie des personnes ;
- l'importance des listes d'attente ;
- la disponibilité des données probantes sur les délais acceptables ;
- la durée des délais d'attente au-delà des normes reconnues ;
- l'ampleur des volumes de production requis ;
- la disponibilité des leviers pour assurer la garantie de services (la faisabilité).

Les secteurs de la radio-oncologie et de la cardiologie tertiaire (comprenant les services de chirurgie cardiaque, d'hémodynamie, d'angioplastie et d'électrophysiologie) font déjà l'objet d'une certaine forme de garantie d'accès aux services. Des délais cliniquement acceptables ont déjà été définis par des experts dans ces deux domaines ; un système d'information moderne pour suivre, gérer et coordonner les listes d'attente y est déjà implanté. Ce sont les deux premiers groupes de services qui seraient visés par un mécanisme de garantie d'accès aux services, pour lesquels des progrès considérables ont été réalisés au cours des deux dernières années.

La garantie d'accès pourrait s'étendre à d'autres types de services hospitaliers. Dans un premier temps, selon les critères énumérés précédemment, les chirurgies électives de la hanche, du genou et de la cataracte, de même que les chirurgies liées au cancer seraient aussi visées. Pour ces types de services, plusieurs conditions doivent être mises en place pour garantir l'accès aux services dans un délai jugé raisonnable.

Cet engagement constitue le premier jalon d'un processus qui se veut évolutif. Au-delà des services mentionnés de cardiologie tertiaire, de radio-oncologie, de certaines chirurgies orthopédiques et ophtalmologiques, des chirurgies liées au cancer, d'autres types de services hospitaliers feraient l'objet d'une garantie de services, lorsque les critères mentionnés précédemment en démontreront la pertinence et la faisabilité. Il serait justifié d'observer une certaine prudence quant à l'extension du mécanisme à d'autres clientèles, lequel devrait se déployer en fonction des résultats obtenus et selon les ressources disponibles.

PLAN DE L'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES VISANT À RÉDUIRE LES DÉLAIS D'ATTENTE



5.7.2 Le fonctionnement général de la garantie d'accès aux services

Le fonctionnement du mécanisme pour garantir l'accès aux services vise avant tout à assurer aux patients un traitement à l'intérieur de délais définis et à prendre en charge le patient de façon personnalisée. Il faut d'abord rappeler qu'en dépit de l'introduction d'un tel processus, les situations urgentes où l'état de santé du patient est menacé continueront d'être traitées de façon prioritaire comme c'est le cas présentement. Le mode d'organisation retenu fait en sorte que sera respecté le droit du patient d'obtenir une information transparente et complète sur sa situation clinique, sur les délais reconnus, sur l'état de la liste d'attente ainsi que sur les choix de traitement qui s'offrent à lui.

La garantie d'accès aux services s'applique à partir de l'inscription sur la liste d'attente (voir schéma). Dès ce moment, un délai reconnu détermine le temps d'attente maximal pour que le patient obtienne le service requis. À l'intérieur de ce temps d'attente, une évaluation périodique de l'évolution de la condition du patient est réalisée et la liste d'attente est ajustée au besoin. Ainsi, le temps d'attente peut être modulé selon les caractéristiques des cas à l'aide de données cliniquement reconnues ou en vertu de ce qui est médicalement acceptable.

Le patient qui requiert un service visé par la garantie d'accès serait tenu de respecter certaines règles :

- avoir consulté un médecin généraliste participant au régime public ;
- avoir consulté un médecin spécialiste participant au régime public ;
- être inscrit officiellement sur la liste d'attente de l'établissement initial, soit l'établissement vers lequel le patient a été dirigé au départ.

Lorsque la demande de services ne peut être satisfaite à l'intérieur du délai reconnu, l'établissement initial a la responsabilité de trouver une solution à court terme pour le patient, c'est-à-dire de repérer un établissement du régime public québécois capable d'offrir rapidement le service ou, le cas échéant, d'acheter le service auprès d'un dispensateur privé (au Québec ou hors Québec).

5.7.2.1 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie

Pour les services de cardiologie tertiaire et de radio-oncologie, les pratiques déjà en place continueraient d'être appliquées. Par conséquent, les délais cliniquement acceptables qui ont été définis par les experts dans ces secteurs seraient toujours utilisés comme barème d'accès aux services. De même, le système d'information déjà en vigueur en cardiologie tertiaire et en radio-oncologie, soit le système de gestion de l'accès aux services (SGAS) qui permet de suivre adéquatement les demandes de services à l'échelle du Québec, continuerait de fournir des listes d'attente normalisées, selon des niveaux de priorité des demandes de services. Aussi, les corridors de services pour permettre le transfert de patients en attente depuis plus de huit semaines entre les centres de radio-oncologie du Québec fonctionneraient de la même façon que présentement. Il faudrait enfin évaluer s'il est requis de resserrer certaines modalités pour assurer pleinement une garantie de services dans ces deux domaines.

5.7.2.2 Le fonctionnement de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives déterminées par le ministre de la Santé et des Services sociaux

Par l'introduction de la garantie d'accès aux services pour les chirurgies électives, l'État assumerait la responsabilité de la totalité de l'épisode de soins. Le régime public se chargerait du coût et de la prestation des services assurés, selon les paramètres actuellement en vigueur. Les situations cliniques où la garantie de services s'appliquerait seraient définies par règlement du ministre de la Santé et des Services sociaux. Dans un premier temps, il s'agirait de certaines chirurgies électives en orthopédie et en ophtalmologie (remplacement de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte), de même que les chirurgies liées au cancer. Toutefois, les conditions propices à l'introduction d'une garantie de services dans ces domaines d'intervention sont à mettre en place.

Il est difficile de statuer sur un délai clinique adéquat qui s'appliquerait à toutes les situations. C'est pourquoi une norme, reconnue comme étant pertinente par les milieux de soins, serait fixée à six mois pour les chirurgies électives visées en orthopédie et en ophtalmologie. C'est le délai reconnu actuellement par le milieu scientifique ; il sera ajusté en fonction des nouvelles connaissances sur

les délais médicalement acceptables. Ce délai constituerait un maximum, qui ne peut cependant pas se substituer au délai recommandé par le clinicien pour chacun des cas. Par ailleurs, un système d'information intégré devra être mis en place afin de gérer de façon standardisée les demandes de services et permettre ainsi le suivi et la gestion de listes d'attente normalisées.

Le fonctionnement de la garantie de services pour les chirurgies électives en orthopédie et en ophtalmologie serait tel que décrit ci-après. Des modalités particulières seront prévues pour les chirurgies liées au cancer. L'intention du gouvernement est de définir, avec le corps médical, les délais médicalement acceptables pour chaque type de cancer.

De l'inscription sur une liste d'attente jusqu'à six mois d'attente

Pendant cette période s'étalant de l'inscription sur la liste d'attente jusqu'au délai reconnu de six mois, une évaluation périodique de l'état clinique du patient est réalisée et la liste d'attente est ajustée au besoin.

La programmation de l'intervention, incluant la fixation de la date de l'intervention, devra s'effectuer dans les 30 jours suivant l'inscription officielle du patient sur la liste d'attente. Si aucune date n'est fixée au cours de cette période, s'enclenche alors une prise en charge personnalisée de la situation clinique du patient et de son temps d'attente.

La responsabilité de cette prise en charge personnalisée est confiée à une personne désignée à l'intérieur de l'établissement où le patient a été initialement inscrit sur une liste d'attente. Cette personne est soutenue par une équipe affectée à cette tâche. De plus, la responsabilité de l'évaluation périodique de l'évolution de la situation clinique du patient et la recherche d'un autre lieu pour obtenir le service, dans le cas où le patient est dirigé vers un autre établissement public, reviennent à cette équipe spécifique.

Entre six et neuf mois d'attente

La prise en charge personnalisée s'accentue à compter du sixième mois d'attente. Avec le soutien de l'agence régionale, la personne responsable du cheminement du patient dans l'établissement où celui-ci a été inscrit sur la liste d'attente examine deux possibilités, soit :

- obtenir le service dans un autre établissement public de la région ou d'une autre région ;
- procéder à l'achat du service dans une clinique spécialisée affiliée au réseau public. (voir encadré p.46)

À cette étape, l'agence intervient dans un rôle de planification lors de la recherche active du service et elle soutient l'établissement dans un rôle de coordination et d'arbitrage intrarégional. L'arbitrage interrégional, s'il s'avère nécessaire, s'effectue au palier national. Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) seront aussi appelés à collaborer dans cette recherche active de services, particulièrement lorsque le patient est transféré d'une région à une autre.

En tout temps, le patient est tenu informé de sa situation et il a le droit de maintenir son option d'être traité dans l'établissement où il a été inscrit initialement sur la liste d'attente. Il demeure alors sur la liste d'attente de l'établissement et son choix est consigné à son dossier.

Au-delà de neuf mois d'attente

Si le temps d'attente excède neuf mois, la prise en charge du patient demeure la responsabilité de l'établissement où celui-ci a été initialement inscrit sur la liste d'attente. La personne responsable du cheminement du patient dans cet établissement examine alors la possibilité d'acheter le service :

- dans une clinique privée (médecins non participants) ;
- dans un établissement hors Québec ou hors Canada.

À cette étape, l'agence et le palier national soutiennent l'établissement initial dans sa recherche active pour acheter le service. La négociation d'ententes hors Québec est assumée au palier national.

En tout temps, le patient est tenu informé de sa situation et il a le droit de maintenir son option d'être traité dans l'établissement où il a été inscrit initialement sur la liste d'attente. Il demeure alors sur la liste d'attente de l'établissement et son choix est consigné à son dossier.

Dans ces cas, le financement public de la garantie d'accès aux services est assuré à même l'enveloppe régionale consentie à l'agence régionale.

5.7.2.3 Une démarche évolutive

L'implantation du mécanisme de la garantie d'accès s'effectuerait graduellement, dans le cadre d'une démarche évolutive. Le mécanisme ferait l'objet d'une évaluation continue sur une période de cinq ans et des ajustements seraient apportés au besoin. En fonction des résultats obtenus et des ressources disponibles, le mécanisme de la garantie d'accès pourrait être étendu à d'autres types d'interventions.

UNE DESCRIPTION SOMMAIRE DU CONCEPT DES CLINIQUES SPÉCIALISÉES AFFILIÉES

L'idée des cliniques affiliées chemine depuis les travaux de la commission Clair (2000) et depuis que le gouvernement a inscrit cette possibilité dans son plan de modernisation de l'État à partir de 2004, en se référant à la mise en place de centres médicaux et chirurgicaux agréés[35]. Il s'agit d'une option qui, bien que la gestion en soit assurée par le secteur privé (entreprise, coopérative, etc.) dans un mécanisme d'entente formel avec le réseau public, constitue une offre de service à caractère public. La référence à des cliniques spécialisées affiliées revêtirait les principales caractéristiques suivantes :

- les cliniques fourniraient des services assurés dans le cadre d'ententes avec un ou des centres hospitaliers publics auxquels elles seraient affiliées ; ces ententes devraient prévoir la continuité de l'épisode de soins par le réseau public, incluant la réadaptation et le soutien à domicile ;
- les services offerts dans les cliniques spécialisées affiliées seraient entièrement assumés par le gouvernement, sans frais pour les malades, tout comme ils le sont en centre hospitalier ;
- les cliniques spécialisées affiliées devraient fournir des services exclusivement (ou principalement) pour les besoins des établissements affiliés, selon des conditions définies par l'entente ;
- les cliniques spécialisées affiliées procéderaient à l'acquisition de leurs équipements et de leurs installations en fournissant elles-mêmes le capital requis ;
- les cliniques seraient entièrement responsables et imputables de leur gestion et de la prestation des services concernés, dans le cadre d'ententes conclues avec l'agence régionale et les établissements concernés ;
- les services fournis dans les cliniques spécialisées affiliées seraient remboursés en fonction des coûts standards prévus à l'entente, incluant les frais d'utilisation de l'équipement (les coûts de remboursement devant être comparables ou inférieurs à ceux du réseau public) ;
- le statut de clinique spécialisée affiliée serait octroyé à des cliniques en fonction d'une grille d'éligibilité comprenant des critères liés à la réponse à un besoin de santé, à la qualité, à des considérations économiques et éthiques, etc. Ainsi, le statut de clinique spécialisée affiliée ne serait attribué qu'aux cliniques qui respecteraient la qualité médicale et technique des services, leur complémentarité avec le réseau public ainsi que la cohérence avec les plans d'organisation des services et d'effectifs médicaux des établissements et de l'agence régionale.

La clinique spécialisée affiliée devrait détenir un permis de clinique affiliée, pour les activités chirurgicales ciblées par l'entente.

Vu le contexte de pénurie de médecins et d'autres professionnels de la santé, les conditions imposées à la création de cliniques spécialisées affiliées devraient assurer que les médecins travaillant dans ces centres ne priveraient pas les établissements du réseau public des ressources spécialisées dont ces derniers estiment avoir besoin pour assurer les services à la population.

35. Plan de modernisation 2004-2007 - Moderniser l'État. Pour des services de qualité aux citoyens, Secrétariat du Conseil du Trésor, mai 2004.

5.7.3 Les modalités entourant le financement privé

Toute personne aurait le choix de s'assurer privément pour une couverture de services privés pour les cas électifs définis par règlement et qui sont également couverts par la garantie d'accès aux services dans le régime public. L'assureur privé devrait couvrir la totalité de l'épisode de soins, incluant la réadaptation et le soutien à domicile.

L'achat de services est limité aux cliniques privées où pratiquent des médecins non participants au régime public. Des conditions pourraient être maintenues ou introduites pour limiter le nombre de médecins qui décideraient de ne pas participer au régime public et assurer une étanchéité entre les systèmes public et privé, soit :

- l'exclusivité de la rémunération du médecin, comme c'est le cas présentement ; il serait impossible pour un médecin d'être à la fois participant au régime public et non participant pour certains actes ;
- le plafonnement du nombre de médecins autorisés à pratiquer dans le secteur privé, avec comme condition préalable la protection des ressources nécessaires pour la pratique dans le secteur public, dans le respect de la planification des effectifs médicaux ;
- le plafonnement de la tarification en interdisant à un médecin travaillant dans le secteur privé d'exiger une rémunération supérieure à celle prévue en vertu de la tarification de la RAMQ ou en exigeant que le remboursement offert par l'assureur soit limité au montant prévu à la tarification de la RAMQ.

Des dispositions de nature réglementaire ou contractuelle entre le système public et le dispensateur privé pourraient préciser les éléments suivants :

- les liens de complémentarité nécessaires avec les établissements publics (ententes de services) ;
- les responsabilités des dispensateurs privés en cas de complications non prévues ou induites sous leur gouverne (par exemple les primes des assureurs privés pourraient être ajustées en vertu de possibles complications) ;
- les normes de qualité à respecter ;
- le cas échéant, les dispensateurs privés seraient tenus de posséder un permis d'hospitalisation. Il est à souligner que les professionnels de la santé demeureraient, à titre individuel, assujettis aux mécanismes disciplinaires de leur ordre professionnel respectif.

Pour diverses situations, comme c'est le cas présentement, il demeure toujours possible également de s'assurer dans le secteur privé pour couvrir d'autres frais supplémentaires permettant d'obtenir des biens ou des services médicaux, au-delà de ce qui est médicalement nécessaire et qui demeure assumé par le système public. Par exemple, l'assurance maladie privée supplémentaire pourrait couvrir des services dont le tarif excède ce qui est accordé par le système public, par exemple pour des prothèses très sophistiquées.

En somme, l'ouverture à l'assurance privée pour des services médicaux et hospitaliers serait soumise à un ensemble de règles afin de protéger l'intégrité du système public de santé.

Une étanchéité stricte serait maintenue entre les dispensateurs de services à financement public et ceux à financement privé.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux pourrait définir par règlement les modalités de couverture par une assurance privée et déterminer le nombre de médecins, par spécialité, qui auront la possibilité de ne pas participer au régime public d'assurance maladie.

Les cliniques privées de même que les assureurs privés seront responsables financièrement de la totalité de l'épisode de soins (incluant la chirurgie, la réadaptation et les services de soutien à domicile).

5.7.4 La gestion de l'accès aux services pour l'imagerie diagnostique

Les examens d'imagerie diagnostique, en particulier la résonance magnétique et l'échographie, ne sont pas assurés par le régime public lorsqu'ils sont offerts en clinique privée. Il est donc possible actuellement de s'assurer pour recevoir ces services par le secteur privé. L'objectif poursuivi est d'accroître l'accès à ces services à même le financement public.

Pour la résonance magnétique, l'augmentation de l'offre de service se fera par l'ajout de nouveaux appareils dans le réseau et par l'accroissement de la disponibilité des plages horaires. Les patients en attente seront pris en charge de façon personnalisée selon le même mécanisme d'accès aux services et en associant le département de radiologie du centre hospitalier.

En ce qui concerne les services d'échographie, il sera possible d'accroître l'accès en achetant des services pour les intervenants de première ligne dans les cliniques privées. Ces services demeureront financés par le système public. Des projets seront aussi mis en place pour former et encadrer les médecins de famille dans la pratique de l'échographie de première ligne.

5.7.5 Une proposition à débattre publiquement

La mise en place du mécanisme de garantie d'accès permettrait d'améliorer l'accès aux services visés tout en assurant une meilleure capacité du système à répondre aux besoins et aux attentes de la population. À ce titre, cette proposition a le mérite de déterminer et de clarifier la responsabilité du système par rapport aux patients en attente d'un service. Elle obligerait donc les dispensateurs publics à revoir leurs pratiques afin de respecter la garantie d'accès aux services, et ce, selon des paramètres préétablis, en vertu de données cliniquement reconnues ou médicalement acceptables. Ainsi, nous pourrons mieux soigner les Québécois.

Pour ne pas créer d'iniquité, le mécanisme de garantie d'accès devrait s'étendre graduellement à d'autres soins. Il faudrait également être attentif aux pressions qu'impliquerait l'introduction de ce mécanisme sur la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières. C'est notamment dans ce contexte qu'il faudrait miser sur l'optimisation des ressources déjà consacrées au secteur de la santé et rechercher les gains d'efficience dans le système.

D'abord et avant tout, le gouvernement estime que la proposition d'une garantie d'accès aux soins permettrait de sauvegarder et d'améliorer les assises du système public québécois. L'accès aux services de santé demeurant établi sur une base d'équité pour l'ensemble de la population québécoise, soit à partir de la situation clinique du patient et non en fonction de sa capacité de payer.

Toutes les opinions relatives à cette importante question seront accueillies dans le cadre du débat public. Le gouvernement estime essentiel de soupeser les avantages et les inconvénients de l'ensemble des options possibles.

EN BREF

D'importants efforts ont été réalisés au cours des dernières années pour diminuer les délais d'attente pour les services médicaux et hospitaliers au Québec. Malgré tout, la situation est toujours préoccupante et demeure une priorité, tant pour la population que pour le gouvernement. Le récent jugement de la Cour suprême du Canada, dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis, est venu enjoindre au gouvernement du Québec de lever l'interdiction légale de souscrire à une assurance privée pour obtenir des soins assurés par le secteur public. Le gouvernement s'est engagé à évaluer les répercussions de la mise en place d'un tel mode d'assurance privée pour les services de santé au Québec et à analyser les avenues de solution afin d'améliorer l'accès et de réduire les délais d'attente aux services médicaux et hospitaliers, tout en préservant l'intégrité du système public québécois. L'ensemble des analyses permet de présenter à la consultation publique les options suivantes :

- le statu quo en matière de financement des services de santé ;
- une ouverture au financement et à la production de services par le secteur privé (elle peut s'échelonner entre une ouverture minimale et une ouverture totale) ;
- un Plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente et à améliorer l'accès aux services médicaux et hospitaliers publics, tout en introduisant une ouverture ciblée et évolutive à l'assurance privée.

EN BREF (suite)

Cette dernière option est celle privilégiée par le gouvernement. Ce mécanisme de garantie d'accès centré sur le patient lui assurerait de recevoir des services dans des délais préétablis, et ce, pour l'ensemble de l'épisode de soins. Les secteurs de la radio-oncologie et de la cardiologie tertiaire font déjà l'objet d'une forme de garantie d'accès aux services. Il apparaît opportun d'étendre ce mécanisme aux chirurgies électives de la hanche, du genou et de la cataracte, de même qu'aux chirurgies liées au cancer. Il s'agit d'une première étape, considérant que le mécanisme pourrait s'étendre à d'autres types de services hospitaliers dont l'analyse en démontrera la pertinence et la faisabilité, et ce, en fonction des ressources qui seront disponibles.

Le mécanisme de la garantie d'accès qui viserait particulièrement la chirurgie de la hanche, du genou et de la cataracte, comporterait une démarche graduée :

- programmation de l'intervention chirurgicale dans les 30 jours suivant l'inscription sur la liste d'attente. Enclenchement ensuite, au niveau de l'établissement, d'un suivi personnalisé du patient. Si nécessaire, recherche d'un autre établissement pouvant offrir le service ;
- après six mois d'attente, accentuation du suivi personnalisé. Si nécessaire, intervention des paliers régional et national de même que des RUIS pour offrir la chirurgie dans un autre établissement public québécois. Possibilité de recourir à une clinique spécialisée affiliée ;
- après neuf mois d'attente, l'éventail de possibilités de traitement s'étendrait aux cliniques québécoises à financement privé ainsi qu'aux établissements situés dans le reste du Canada ou aux États-Unis ;
- en tout temps, le patient pourrait maintenir son option d'être traité dans l'établissement initial.

Le recours à l'assurance privée serait permis, mais celle-ci serait limitée à certaines procédures définies par règlement (chirurgies électives de la hanche, du genou et de la cataracte). La couverture d'assurance ainsi que l'offre de service des cliniques privées devraient obligatoirement couvrir l'ensemble de l'épisode de soins et donc inclure la réadaptation et le soutien à domicile.

L'étanchéité serait maintenue entre la participation des médecins au régime public et la pratique privée. Les médecins qui ne participent pas au régime public d'assurance maladie n'auraient droit, pour les services assurés qu'ils offrent, qu'à la rémunération versée par la RAMQ. Des dispositions de nature réglementaire ou contractuelle pourraient préciser les liens de complémentarité entre les dispensateurs à financement privé et le système public de santé.

Le gouvernement réitère son engagement à maintenir un système public fort, dans le maintien des valeurs et des acquis qui le caractérisent, tout en permettant au secteur privé d'y jouer un rôle.

6 LES ENJEUX DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Créé dans la foulée du Forum des générations, le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec, présidé par monsieur L. Jacques Ménard, a présenté avec clarté la problématique du financement des services de santé et des services sociaux. Le vieillissement de la population et la progression rapide du coût des technologies médicales et des médicaments feront en sorte que les dépenses de santé croîtront à un rythme beaucoup plus rapide que celui des revenus budgétaires, ce qui entraînera à long terme une situation financière difficilement soutenable pour le gouvernement du Québec.

Le présent chapitre dresse d'abord un portrait des principaux enjeux financiers susceptibles d'affecter le secteur de la santé et des services sociaux, et cela, aussi bien à court qu'à long terme. Par la suite, trois avenues de solution, inspirées du comité Ménard, sont exposées pour permettre d'amorcer une réflexion dans la recherche de moyens pour assurer la pérennité du système public de santé et des services sociaux.

6.1 UN PORTRAIT DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE LEUR FINANCEMENT

Les dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux devraient totaliser 20,9 milliards de dollars au cours de l'exercice 2005-2006. Ces dépenses sont principalement constituées de transferts aux établissements du réseau (12,4 milliards de dollars) et de dépenses de rémunération liées à des services médicaux (3,2 milliards de dollars).

Le financement des dépenses du MSSS provient principalement des taxes et impôts généraux (60 %), des contributions au Fonds des services de santé (25 %) et du financement fédéral au titre du transfert canadien pour la santé (15 %).

TABLEAU 1

DÉPENSES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET LEUR FINANCEMENT, 2005-2006 (EN MILLIONS DE DOLLARS)

Dépenses	Montant	%	Sources de financement	Montant	%
Établissements[1]	12 408	*59 %*	Taxes et impôts généraux	12 577	*60 %*
Services médicaux	3 175	*15 %*	Cotisations au Fonds des services de santé	5 081	*25 %*
Programmes particuliers (organismes communautaires, produits sanguins, transport ambulancier, etc.)	2 118	*10 %*	Transferts pour la santé du gouvernement fédéral	3 114	*15 %*
Médicaments	1 856	*9 %*	Contribution de la SAAQ pour les accidentés de la route	90	-
Dette subventionnée	560	*3 %*			
Autres	745	*4 %*			
Total	**20 862**	***100 %***		**20 862**	***100 %***

(1) Les dépenses financées par le MSSS sont des dépenses nettes, du fait qu'elles excluent les dépenses financées à même les revenus autonomes des établissements (suppléments de chambres privées ou semi-privées, contribution des adultes hébergés, etc.).

Source : Ministère des Finances du Québec

6.2 DES COMPARAISONS INTERPROVINCIALES

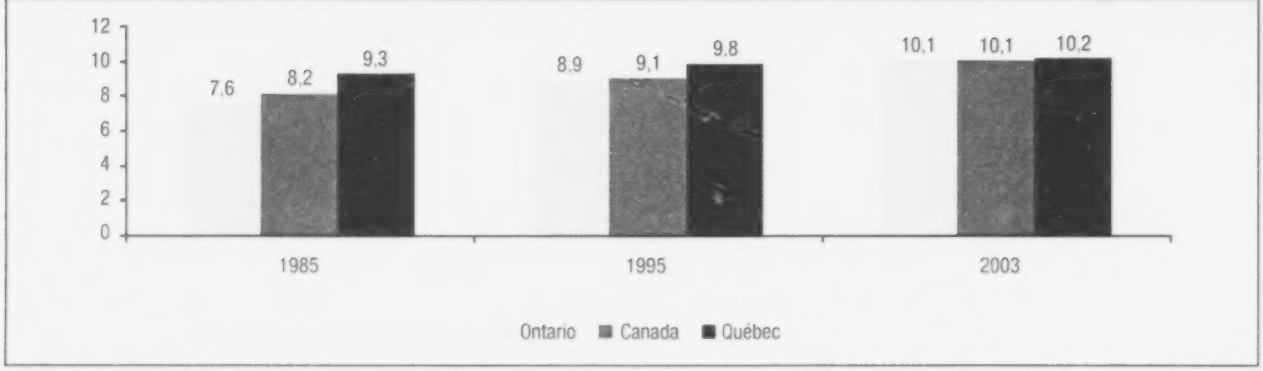
Parmi les provinces et territoires canadiens, le Québec est la province qui dépense le moins par habitant pour la santé. En 2003, selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses totales (publiques et privées) de santé du Québec s'élevaient à 3 450 $ par habitant. Ce montant est inférieur de 11 % à la moyenne canadienne (3 884 $) et de 15 % par rapport à l'Ontario (4 055 $). Il convient de rappeler à cet égard que conformément à ses engagements, le gouvernement a alloué 3 milliards de dollars à la santé et aux services sociaux depuis l'exercice 2003-2004.

Toutefois, si l'on tient compte de sa richesse relative, l'effort consacré par le Québec à la santé (des dépenses totales en santé qui représentent 10,2 % du PIB) se compare à celui de l'Ontario (10,1 % du PIB) et à la moyenne au Canada (10,1 % du PIB).

Depuis le milieu des années 90, on observe que l'écart entre l'effort relatif du Québec, mesuré en proportion du PIB, et celui des autres provinces s'est resserré. Il demeure que la part du PIB consacrée aux dépenses de santé s'est accrue, aussi bien au Québec que dans les autres provinces, au cours de la période. Il est à noter que sur le plan

GRAPHIQUE 2

DÉPENSES TOTALES DE SANTÉ AU QUÉBEC, EN ONTARIO ET AU CANADA, 1985, 1995 ET 2003(1) (EN POURCENTAGE DU PIB)



(1) Dernière année pour laquelle des données définitives sont disponibles.

Source : Institut canadien d'information sur la santé, *Tendances des dépenses nationales de santé - 1975 à 2005*

Le fait que les dépenses de santé du Québec, par habitant, soient inférieures à la moyenne canadienne ne signifie cependant pas que les services aux citoyens soient inférieurs à ceux offerts dans les autres provinces, en volume ou en qualité. Cet écart découle principalement du fait que les niveaux de rémunération du personnel de la santé sont moins élevés au Québec que dans les autres provinces, en raison du niveau inférieur de sa richesse collective, de l'importance des dépenses de programmes et de sa dette.

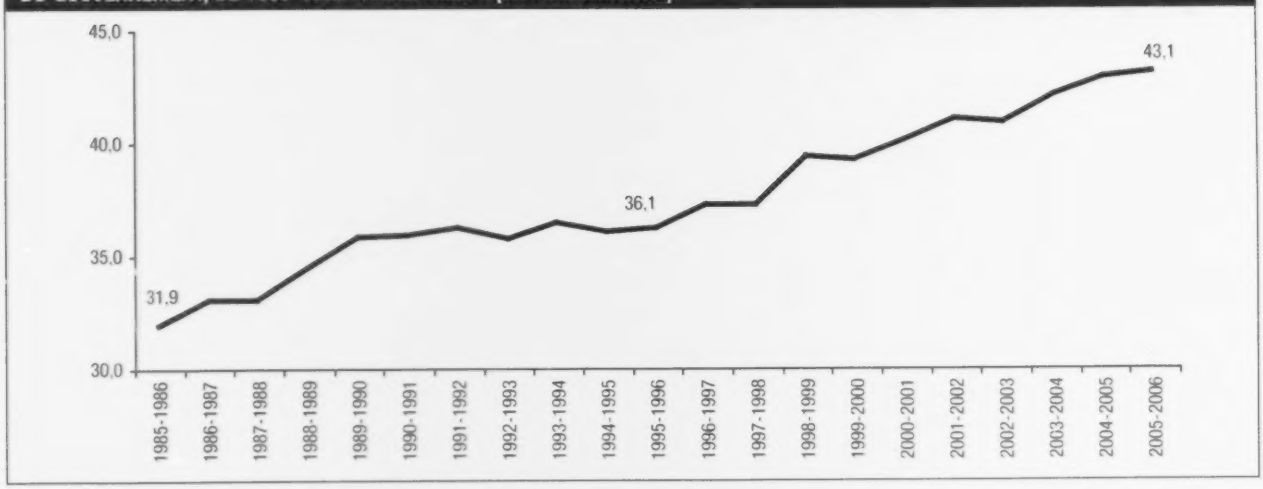
international, le Québec continue à figurer parmi les États dont les dépenses en santé sont les plus élevées en proportion du PIB.

6.3 LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX : LE POSTE DE DÉPENSES LE PLUS IMPORTANT DU GOUVERNEMENT

Le secteur de la santé et des services sociaux constitue le poste de dépenses le plus important du gouvernement et son poids dans les dépenses augmente depuis plusieurs années. Il représente, en 2005-2006, 43 % des dépenses de programmes du gouvernement (excluant le service de la dette) comparativement à 32 % il y a 20 ans.

GRAPHIQUE 3

PART DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DANS L'ENSEMBLE DES DÉPENSES DE PROGRAMMES DU GOUVERNEMENT, DE 1985-1986 À 2005-2006(1) (EN POURCENTAGE)



(1) Données prévisionnelles pour 2005-2006.

Source : Ministère des Finances du Québec

En effet, le secteur de la santé et des services sociaux s'est vu attribuer la majeure partie de la croissance du budget de l'État. Par exemple, au cours des trois dernières années, près de 60 % de la croissance annuelle du budget gouvernemental québécois a été alloué au secteur sociosanitaire.

Par ailleurs, en raison du vieillissement rapide de la population du Québec, ainsi que des pressions exercées par d'autres facteurs structurels comme celui de l'évolution des technologies, la part du secteur de la santé et des services sociaux dans les dépenses de programmes est appelée à s'accroître de plus en plus rapidement au cours des prochaines années.

6.4 DES FINANCES PUBLIQUES MARQUÉES PAR DES PROBLÈMES STRUCTURELS IMPORTANTS

Comme l'ont montré les travaux du comité Ménard, de fortes pressions s'exercent déjà sur les finances publiques du Québec et elles seront amplifiées par les effets du vieillissement de la population.

Rappelons que les problèmes de finances publiques auxquels le Québec est confronté actuellement découlent du fait que la richesse collective du Québec ne permet pas de soutenir un niveau de dépenses budgétaires aussi élevé tout en maintenant une fiscalité compétitive.

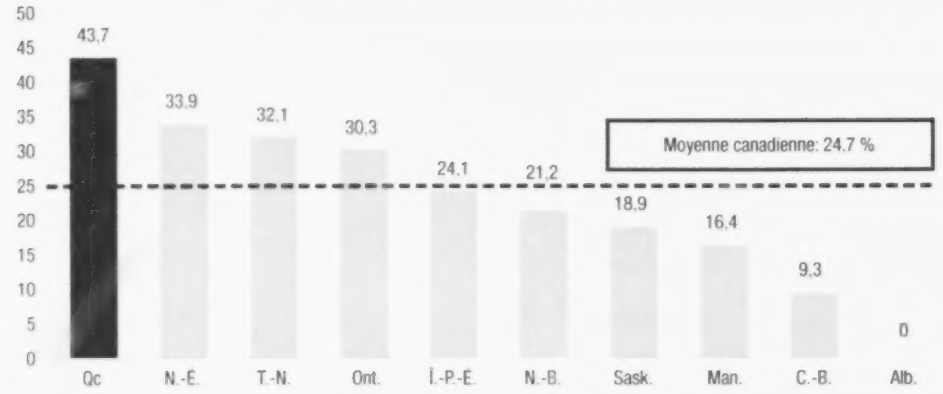
En effet, le PIB québécois par habitant (35 118 $ en 2004) est inférieur de 13 % à celui de la moyenne canadienne (40 351 $) et de 16 % à celui de l'Ontario (41 702 $). Il est aussi inférieur au PIB par habitant de la majorité des États américains. Cela signifie donc une capacité collective moindre de soutenir des services publics pour un même niveau de fardeau fiscal.

Or, les dépenses globales du gouvernement du Québec, toutes missions confondues, ont atteint 7 487 $ par habitant en 2004-2005, comparativement à 7 043 $ par habitant pour l'ensemble des provinces canadiennes et 6 466 $ par habitant pour l'Ontario. Cela représente un écart de dépenses de 3 milliards de dollars par rapport à l'ensemble des provinces et de 7,5 milliards de dollars par rapport à l'Ontario.

Cet écart de dépenses s'explique par le fait que le Québec s'est doté, au fil des ans, d'un éventail de services publics plus large que celui des autres provinces, par exemple une éducation postsecondaire plus accessible qu'ailleurs, des services découlant d'une politique familiale très développée et des programmes visant à protéger et à mettre en valeur la spécificité culturelle du Québec. L'écart de dépenses est aussi attribuable au fait que les dépenses au titre du service de la dette par habitant sont plus importantes au Québec qu'en moyenne au Canada, en raison de l'endettement plus élevé du Québec.

GRAPHIQUE 4

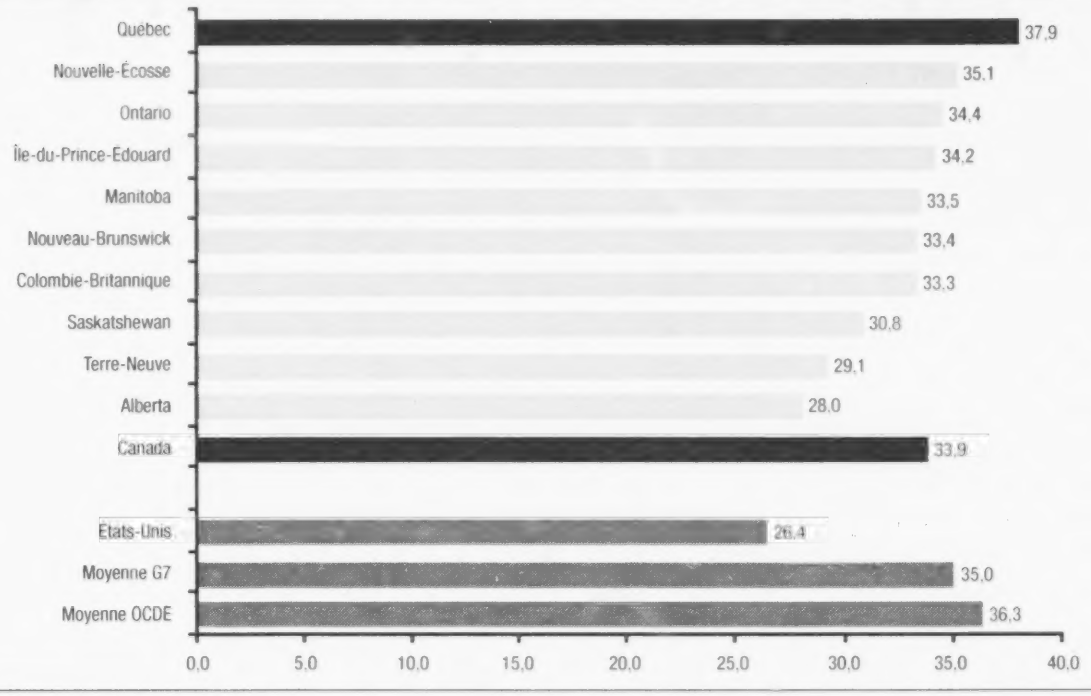
COMPARAISON DE L'ENDETTEMENT DES PROVINCES AU 31 MARS 2005 (DETTE TOTALE EN POURCENTAGE DU PIB)



Source : Plans budgétaires et Comptes publics des provinces – 2005-2006.

GRAPHIQUE 5

RECETTES FISCALES DE L'ENSEMBLE DES ADMINISTRATIONS PUBLIQUES – 2002 (EN POURCENTAGE DU PIB)



Sources : OCDE et Ministère des Finances du Québec.

En effet, avec une dette totale atteignant 116,6 milliards de dollars au 31 mars 2005, ce qui représente 44 % du PIB, le Québec est la province la plus endettée. De plus, cette dette découle pour 87,2 milliards de dollars, soit environ 75 %, des déficits encourus dans le passé pour payer des dépenses courantes, dont celles pour les services de santé et les services sociaux.

En raison d'un niveau de dépenses publiques et d'un endettement en proportion du PIB plus élevés, les Québécois doivent supporter le fardeau fiscal le plus lourd au Canada (37,9 % du PIB au Québec, comparativement à 34,4 % en Ontario et à 33,9 % au Canada).

En ce qui concerne plus précisément l'impôt des particuliers, il subsiste encore un écart entre le Québec et les autres provinces qui se chiffre à 1,2 milliard de dollars, et ce, malgré que cet écart ait été réduit de moitié depuis trois ans. Il est à noter qu'un fardeau fiscal élevé constitue un frein à la croissance de l'économie du Québec en nuisant à sa compétitivité sur le plan international. De plus, une part importante de ce fardeau fiscal sert aujourd'hui à financer la dette contractée dans le passé pour payer des dépenses courantes.

6.5 UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI APPARAÎT DIFFICILEMENT SOUTENABLE À LONG TERME

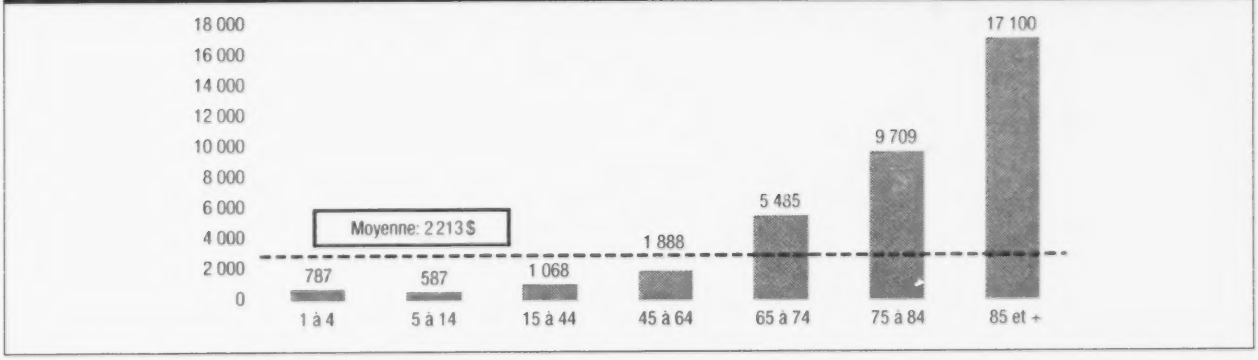
Ces problèmes structurels de finances publiques seront accentués par l'évolution de la démographie, notamment le vieillissement de la population, qui aura des répercussions importantes aussi bien sur l'augmentation des revenus du gouvernement que sur la croissance des dépenses de santé et de services sociaux.

Ainsi, la croissance économique et le financement des services publics seront soutenus par une proportion plus faible de la population puisque le nombre de travailleurs par personne âgée diminuera de cinq à deux d'ici 25 ans. Selon les prévisions démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la population des 20 à 64 ans devrait commencer à diminuer dès 2014, entraînant ainsi une baisse du bassin de travailleurs potentiels. Dans ce contexte, on s'attend à ce que la croissance économique réelle (en dollars constants) soit réduite de près de la moitié d'ici 20 ans, passant de 2,3 % par année en moyenne au cours des cinq prochaines années à 1,2 % annuellement entre 2020 et 2030. Cette croissance économique moins forte devrait entraîner un ralentissement de la croissance des revenus budgétaires qui devrait être, en dollars courants, d'environ 3,5 % en moyenne au cours des 15 prochaines années.

En ce qui a trait à la croissance des dépenses de santé et de services sociaux, il convient de souligner que le vieillissement de la population se traduira par une augmentation continue de la proportion de la population âgée de plus de 65 ans, laquelle doublera en 30 ans. Or, on peut observer que la consommation de services de santé et de services sociaux augmente significativement avec l'âge des personnes.

GRAPHIQUE 6

DÉPENSES MOYENNES DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC PAR GROUPE D'ÂGE, 2003 (EN DOLLARS)



Source : Institut canadien d'information sur la santé.

La démographie ne constitue toutefois pas la seule source de pression sur les dépenses de santé. L'utilisation de nouvelles technologies (incluant de nouveaux médicaments), qui permet de traiter plus de patients et de soigner des maladies qui étaient auparavant peu ou pas traitées, entraîne une augmentation importante des dépenses totales de santé. À ces pressions propres au système de santé et de services sociaux s'ajoutent les augmentations de coûts communes aux autres programmes du gouvernement, notamment l'indexation des salaires des employés du réseau de la santé et des services sociaux et de la rémunération des professionnels de la santé.

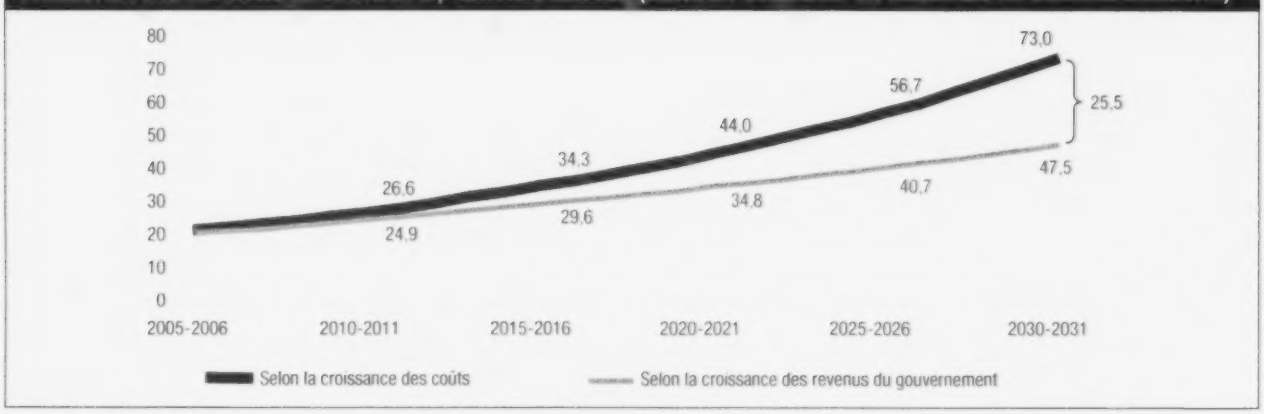
le gouvernement du Québec.

Pour respecter l'équilibre budgétaire sans augmenter le fardeau fiscal, la croissance plus rapide des dépenses de santé devrait être financée par des restrictions dans les autres grandes missions de l'État. Ainsi, les dépenses de santé et de services sociaux pourraient représenter 50 % des dépenses de programmes dès 2015, et les deux tiers en 2030.

Si l'on voulait préserver le financement des autres secteurs, sans alourdir le fardeau fiscal, il faudrait limiter la croissance des dépenses de santé au rythme de croissance du PIB nominal, qui est de l'ordre de 3,5 % par année.

GRAPHIQUE 7

PROJECTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (MONTANT CUMULATIF EN MILLIARDS DE DOLLARS COURANTS)



Source : *Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec.*

Au total, selon le scénario de base présenté dans le rapport du comité Ménard, les dépenses de santé et de services sociaux croîtront à un rythme annuel de l'ordre de 5,1 % au cours des quinze prochaines années. À elle seule, l'évolution démographique fera augmenter les dépenses de 1,5 % par année. Les dépenses progresseront de 1,6 % annuellement en raison du développement des technologies et de 2,0 % par année à cause de l'inflation générale.

En conséquence, tel que l'a évoqué le comité Ménard, la croissance des dépenses sociosanitaires (5,1 % par année) devrait être beaucoup plus rapide que celle des revenus budgétaires (3,5 % par année), ce qui entraînera à long terme une situation financière difficilement soutenable pour

Par rapport à la croissance structurelle des dépenses de santé de 5,1 % annuellement, cela implique un écart qui atteindrait 1,7 milliard de dollars en 2010 et plus de 25 milliards de dollars en 2030.

Si l'on souhaitait à la fois laisser croître les dépenses de santé et de services sociaux à leur rythme structurel de 5,1 % par année et protéger le financement des autres missions de l'État, on serait contraint d'alourdir le fardeau fiscal qui est déjà trop élevé.

6.6 DES AVENUES À EXPLORER POUR ASSURER LA PÉRENNITÉ DU FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Au cours des dernières années, plusieurs commissions et groupes d'étude importants[36] se sont penchés sur les problèmes fondamentaux du système de santé, tant au Québec qu'au Canada[37]. Le dernier en date au Québec est le Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux (comité Ménard).

Les principales recommandations issues de ces différents rapports apparaissent largement convergentes sur le plan de l'organisation et de la prestation des services. Il s'agit principalement de l'accent mis sur la prévention et la santé publique, le développement de réseaux intégrés de services de première ligne, l'amélioration de l'efficience et de l'efficacité du système sociosanitaire, etc. Le recours au secteur privé pour la production de certains services (ex.: les cliniques spécialisées affiliées décrites précédemment) peut également apparaître comme une solution intéressante dans la mesure où celle-ci permet une réduction des coûts tout en maintenant la qualité et l'accès aux services.

En ce qui concerne le financement des services de santé et des services sociaux, plusieurs de ces rapports ont mis en lumière l'écart grandissant entre la croissance des dépenses du secteur sociosanitaire et celle des revenus du gouvernement. En raison de sa nature structurelle, cette dynamique menace l'avenir du système et met en cause l'équité entre les générations[38].

Pour l'éclairer dans sa réflexion sur les moyens à prendre pour assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux, le gouvernement souhaite profiter de la présente consultation pour amorcer une réflexion à partir de certaines avenues de solution envisagées par le comité Ménard. Trois de celles-ci sont exposées ci-après. Il s'agit d'un rehaussement des paiements de transfert provenant du gouvernement canadien, de la mise en place d'un compte santé et services sociaux ainsi que de l'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie.

Le gouvernement ne privilégie pour l'instant aucune avenue particulière à ce chapitre. Il cherche plutôt à susciter un questionnement au sein de la population pour l'aider à orienter ses travaux futurs et à faire des choix parmi un éventail de possibilités. De plus, le gouvernement tient à réaffirmer que son intention est de préserver un régime public fort où l'accès repose sur les besoins des personnes plutôt que sur leur capacité de payer.

6.6.1 La hausse des transferts provenant du gouvernement fédéral

Avant toute chose, il apparaît essentiel que le gouvernement du Québec poursuive ses démarches auprès du gouvernement fédéral afin que ce dernier hausse ses transferts aux provinces en matière de santé. Compte tenu de ses surplus budgétaires importants réalisés, le gouvernement fédéral dispose de la marge de manœuvre nécessaire pour améliorer le financement versé aux provinces.

Le Québec a réalisé des gains importants en vertu de l'Accord sur la santé conclu en septembre 2004 en obtenant 4,2 milliards de dollars en transferts fédéraux additionnels sur six ans pour renforcer le soutien fédéral permanent à la santé et réduire les temps d'attente. Ainsi, la contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé devrait atteindre, en 2005-2006, près de 25 %[39] des dépenses des provinces dans ce domaine.

Tel que le prévoit l'entente asymétrique conclue par le Québec et le Canada lors de la conférence de septembre 2004, le Québec peut utiliser les fonds fédéraux pour mettre en œuvre son propre plan de réduction des délais d'attente, en fonction des objectifs, des normes et des critères établis par les autorités québécoises compétentes.

Par ailleurs, le gouvernement fédéral s'est engagé à collaborer avec les provinces et les territoires pour réduire les délais d'attente et pour garantir que tous les Canadiens reçoivent les traitements médicaux essentiels dans des délais d'attente médicalement acceptables. Cette collaboration devra donc se traduire par un financement accru du gouvernement fédéral au Québec, qui pourra l'utiliser dans le cadre de ses stratégies visant à offrir à la population l'assurance de services de santé dans les délais requis.

---

36. Ex. : Conference Board of Canada, Institute for Research on Public Policy, etc.

37. Sur la scène provinciale, mentionnons le Rapport Mazankowski et le Rapport Graydon (Alberta, 2001 et 2002), le Rapport Fyke (Saskatchewan, 2001), ainsi que le Rapport Clair et le Rapport du comité Ménard (Québec, 2001 et 2005). Sur la scène canadienne, mentionnons le Rapport Romanow (2002) et le Rapport Kirby (2000-2002). On trouvera dans le Rapport du comité Ménard un « Sommaire des consensus des différentes commissions et études au Canada ».

38. Ces observations se retrouvent dans plusieurs rapports de comités ou groupes de travail (Mazankowski, Kirby, Graydon, Clair, Ménard).

39. L'écart entre ce pourcentage et celui indiqué au tableau 1 (chapitre 6) s'explique par le fait que la présente donnée inclut la valeur de l'abattement spécial du Québec.

De façon plus globale, il subsiste des enjeux financiers importants qui affectent l'ensemble du gouvernement du Québec et, par ricochet, le financement des services de santé et des services sociaux. On fait référence notamment à la question du déséquilibre fiscal entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires, à celle de la péréquation et à celle des transferts fédéraux dans les domaines de l'éducation postsecondaire et de l'aide sociale.

6.7 LA MISE EN PLACE D'UN COMPTE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

La question du financement des dépenses publiques en matière de santé et de services sociaux peut paraître particulièrement complexe dans la mesure où il n'existe aucun lien systématique entre l'ensemble des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux et l'ensemble des revenus qui servent à financer ces dépenses.

À ce chapitre, le comité Ménard a jugé essentiel que la population québécoise ainsi que tous les acteurs concernés soient davantage sensibilisés à la problématique du financement des services de santé et des services sociaux. Le moyen recommandé par ce comité est la mise en place d'un «compte santé et services sociaux».

Ce compte ne comporterait en soi aucun ajout de ressources supplémentaires; il contribuerait grandement à accroître la transparence en matière de financement des services de santé et des services sociaux en mettant en parallèle les dépenses de santé et de services sociaux ainsi que les revenus affectés à leur financement. Ce compte permettrait ainsi d'établir un lien direct entre le coût des services et leur financement et de sensibiliser la population aux pressions qui s'exercent sur le système de santé et de services sociaux. Le cas échéant, advenant la mise en place de nouvelles sources de revenus, ce compte permettrait aussi de donner l'assurance à la population que les sommes récoltées seraient affectées exclusivement au financement des dépenses reliées aux services de santé et aux services sociaux.

6.8 UNE MESURE DE FINANCEMENT CIBLÉE : UN RÉGIME D'ASSURANCE CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE

Le vieillissement rapide de la population québécoise suscitera une augmentation importante de la demande pour les services visant à pallier la perte d'autonomie, que l'on songe à l'hébergement et aux soins de longue durée, au soutien à domicile, aux services professionnels de base, à l'aide aux proches-aidants, etc.

Par ailleurs, à court terme, il apparaît important d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Force est de reconnaître à ce chapitre qu'actuellement, les services d'hébergement et de soutien à domicile ne suffisent pas à la demande. En outre, bien que des efforts importants aient été consentis au cours des dernières années pour améliorer la situation, il demeure que la gamme des services offerts ainsi que l'intensité des services dispensés sont variables d'un territoire à l'autre, ce qui soulève des problèmes d'équité au regard de l'accès et du traitement.

À la lumière des expériences étrangères, notamment celles de l'Allemagne, du Luxembourg et du Japon, le comité Ménard a recommandé, tout comme l'avait évoqué la commission Clair, de mettre en place un régime d'assurance contre la perte d'autonomie. Ce régime permettrait notamment :

- de rehausser rapidement et de façon substantielle les services liés à la perte d'autonomie, tout en protégeant les acquis ;
- de faire face à l'important enjeu de l'équité intergénérationnelle tout en assurant la pérennité de ces services.

Comme il s'agirait d'un régime d'assurance distinct, le comité Ménard a proposé que sa gestion soit confiée à un gestionnaire mandaté à sa régulation d'ensemble (définition des critères d'admissibilité, établissement des barèmes de prestations à accorder, etc.). Ce gestionnaire agirait alors comme tiers payeur et serait responsable d'implanter un nouveau cadre de gestion s'appuyant sur des relations contractuelles et l'achat de services sur la base du principe de «l'argent suit le client».

La gestion opérationnelle serait déléguée aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui seraient ainsi chargés de l'accueil et de l'évaluation des besoins des personnes, de la coordination et du suivi des cas ainsi que de l'octroi des prestations aux assurés. Cette délégation permettrait de veiller à l'intégration des soins et des services.

Pour favoriser l'équité intergénérationnelle, il serait possible de constituer une réserve financière (capitalisation) pour atténuer l'impact, sur les générations futures, du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie. Il s'agirait en somme de verser chaque année, dans une réserve, une portion des primes prélevées dans le cadre du régime contre la perte d'autonomie. Cette avenue comporte l'avantage de garantir aux personnes âgées en perte d'autonomie un meilleur accès aux soins et services. En contrepartie, comme la plupart des personnes auront contribué à cette réserve durant une longue période avant d'avoir besoin de services contre la perte d'autonomie, elles s'attendront à obtenir, le moment venu, tous les services nécessaires.

EN BREF

Le Québec se classe au premier rang canadien pour le montant des dépenses publiques par habitant ainsi que pour l'importance du fardeau fiscal et de l'endettement public exprimés en proportion de la richesse collective (le PIB). Dans un contexte où l'économie québécoise doit demeurer compétitive au niveau international, notamment au chapitre du fardeau fiscal, la question du financement des services de santé et des services sociaux ne peut donc être abordée en faisant abstraction de la situation des finances publiques québécoises.

En raison de facteurs structurels (notamment le vieillissement de la population et le progrès technologique), les dépenses publiques en matière de santé et de services sociaux tendent à croître plus rapidement que les autres missions de l'État. Ainsi, de 1985-1986 à 2005-2006, la part des dépenses de santé et de services sociaux dans les dépenses de programmes du gouvernement est passée de 31,9 % à 43,1 %.

Au rythme actuel, les dépenses de santé et de services sociaux pourraient représenter la moitié des dépenses de programmes en 2015 et les deux tiers en 2030.

Pour assurer la pérennité du système de santé et de services sociaux et préserver le financement des autres missions de l'État, il faudra inévitablement faire des choix. Afin d'alimenter sa réflexion sur les mesures qui seraient les plus appropriées, le gouvernement désire, dans le cadre de la présente démarche, amorcer un questionnement à partir de solutions proposées par le comité Ménard :

- le rehaussement des transferts du gouvernement fédéral ;
- la création d'un « compte santé et services sociaux » permettant à la population de mieux connaître le niveau et les composantes des dépenses du secteur sociosanitaire et leurs sources de financement, qui proviennent pour l'essentiel du Fonds consolidé du revenu ;
- l'instauration d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie assurant la pérennité du financement de ces services et l'équité intergénérationnelle.

CONCLUSION

Au cours des quatre dernières décennies, la société québécoise a su se doter d'un système public de santé et de services sociaux accessible à tous les citoyens. Tel qu'on l'a évoqué en introduction, le gouvernement réitère son engagement à maintenir les fondements d'équité et d'universalité qui ont guidé la construction et l'évolution de ce régime public.

Le défi qui se présente pour les années à venir est d'assurer le maintien d'un système public fort. Les choix qu'il faudra faire exigent de nous une ouverture à des solutions nouvelles. Ils commandent aussi un sens des responsabilités et du devoir qui saura s'opposer au dogme qui a trop souvent bloqué notre réflexion sur ces enjeux.

Chose certaine, la pire des solutions serait de ne rien faire, de se fermer les yeux. Au cours des prochaines années, la croissance des coûts sera supérieure à la croissance des revenus du gouvernement, et ce, dans un contexte où la demande en services sera grandissante et où le nombre de travailleurs pour financer ces services avec leurs impôts diminuera.

Parallèlement, de nouveaux enjeux de santé publique ont surgi, comme l'obésité qui augure de l'augmentation de l'incidence de plusieurs maladies chroniques même chez les populations plus jeunes.

Le coût des nouvelles technologies médicales et des médicaments contribue aussi à l'alourdissement du fardeau financier que représente notre système de santé et de services sociaux.

Pour faire face à ces défis, nous croyons important de miser sur les acquis de notre système en améliorant l'efficience, la qualité, l'accessibilité.

Par ailleurs, au cours de l'été, la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt Chaoulli, est venue poser en termes nouveaux la question de l'accès à des services dans des délais raisonnables. Nous proposons de répondre suite à ce jugement avec une ouverture restreinte et encadrée à l'assurance privée couplée à un mécanisme de garantie d'accès pour tous les citoyens.

Cette proposition et toutes les autres contenues dans ce document ne sont pas finales. Loin de là. Elles ont pour but de lancer un vaste débat public visant à sortir notre système de santé et de services sociaux de l'impasse appréhendée. Ces propositions marquent néanmoins un progrès : nous ne sommes plus à l'heure de nous demander s'il y a lieu d'agir, mais à celle de déterminer comment nous allons agir.

Nous invitons tous les citoyens et les groupes intéressés à prendre part à ce débat, à soumettre leurs propres propositions et à apporter leur réponse aux questions soulevées. Toutes les propositions seront soumises à la discussion, toutes les innovations seront analysées avec sérieux et ouverture.

Une seule règle est fixée : notre système de santé et de services sociaux devra relever ses défis dans le respect des principes fondateurs d'accessibilité et d'universalité.

Santé
et Services sociaux
Québec

05-721-01